

Accord de débit préautorisé (DPA)

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg
(Manitoba) R3B 2H8
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca

Téléphone : 204 945-7133

Télécopieur : 204 945-5449

Sans frais au Manitoba : 1 866 479-2717

J'autorise le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires et l'établissement financier indiqué ci-après à prélever les paiements alimentaires sur le compte indiqué ci-après. Le présent accord demeure en vigueur tant que le Programme n'a pas reçu et traité un avis écrit de ma part visant à le changer ou à le révoquer. **Cet avis et toute modification ultérieure doivent être reçus par le Programme au moins dix (10) jours ouvrables avant la prochaine date de prélèvement prévue.** Je peux me procurer une formule d'annulation sur le site Web du Programme à l'adresse suivante : www.gov.mb.ca/justice/family/mep/index.fr.html. Je peux obtenir plus de renseignements sur mon droit d'annuler le présent accord auprès de mon établissement financier ou en consultant le site Web à l'adresse suivante : www.cdnpay.ca.

Nom de famille du débiteur : _____ Prénom(s) : _____ N° de dossier : _____

Nom de famille du titulaire du compte bancaire (s'il n'est pas le débiteur) ou du cotitulaire du compte bancaire (le cas échéant) : _____ Prénom(s) : _____

Ces services sont pour (cochez une case) : un compte personnel un compte d'entreprise Numéro de téléphone (jour) : _____

Étape 1 : Veuillez indiquer le montant, la date de commencement et la fréquence de votre paiement.

Pour des aliments en cours – À compter du paiement ordinaire exigible le JJ/MM/AAAA , j'autorise le Programme à prélever les paiements alimentaires sur le compte indiqué ci-après selon les montants et dates d'échéance prévus dans mon ordonnance alimentaire, soit le montant de montant de chaque paiement \$, à la fréquence suivante (cochez une case) :

mensuelle à la quinzaine hebdomadaire le dernier jour du mois bimensuelle : le et le jour du mois

Pour les arriérés - À compter du JJ/MM/AAAA , j'autorise le Programme à prélever sur le compte indiqué ci-après un montant supplémentaire de montant de chaque paiement \$, jusqu'au paiement intégral des arriérés, à la fréquence suivante (cochez une case) :

mensuelle à la quinzaine hebdomadaire le dernier jour du mois bimensuelle : le et le jour du mois

Paiement unique - J'autorise le Programme à prélever sur le compte indiqué ci-après un paiement unique de \$ le JJ/MM/AAAA

Étape 2 : Veuillez indiquer vos renseignements bancaires.

Si vous joignez un bordereau de dépôt personnel ou un chèque annulé, vous pouvez passer à l'étape 3.

Numéro de transit (5 chiffres) : _____ Numéro de l'établissement (3 chiffres) : _____ Numéro de compte : _____

Type de compte : chèques épargne chèques d'épargne

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement financier : _____

Accord de débit préautorisé (DPA)

**Programme d'exécution des ordonnances
alimentaires**

352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg
(Manitoba) R3B 2H8
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca

Téléphone : 204 945-7133

Télécopieur : 204 945-5449

Sans frais au
Manitoba : 1 866 479-2717

Étape 3 : Veuillez lire les conditions à la page 2, puis signer, dater et envoyer par courrier ou par télécopieur la formule, une fois remplie, à l'adresse ci-dessus.

Je reconnais avoir lu et compris toutes les conditions générales énoncées à la page 2 de la présente formule et **ne pas exiger de préavis du montant du retrait avant le débit.**

Signature du titulaire du
compte

Signature du cotitulaire du
compte (le cas échéant)

Date

Accord de débit préautorisé (DPA)

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg
(Manitoba) R3B 2H8
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca

Téléphone : 204 945-7133

Télécopieur : 204 945-5449

Sans frais au
Manitoba : 1 866 479-2717

Conditions générales

1. Je comprends que le mot « je » (ou « j' ») renvoie à tout titulaire de compte pour le compte précisé.
2. J'ai veillé à ce que chaque personne autorisée comme signataire du compte ait signé l'accord de débit préautorisé.
3. Je comprends que cette autorisation s'applique au paiement des prestations alimentaires, des arriérés et des frais, selon le cas.
4. J'accepte que le Programme augmente automatiquement le montant des prélèvements sur mon compte si mes paiements alimentaires sont visés par un rajustement de vie chère. Le montant de l'augmentation des prélèvements sera celui du rajustement de vie chère indiqué dans mon ordonnance alimentaire. Le Programme peut aussi ajuster le montant ou la fréquence des prélèvements sur le compte précisé en cas de modification ou de nouveau calcul de mon ordonnance alimentaire. **Je ne serai pas avisé(e) par le Programme avant tout changement dans le montant des prestations alimentaires, le jour ou la fréquence de leur paiement, comme il est prévu dans mon ordonnance alimentaire existante ou dans toute nouvelle ordonnance, et je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant du retrait. Je comprends aussi que des frais de retard de paiement calculés sur une base quotidienne s'appliquent aux arriérés.**
5. J'ai veillé à ce que le montant et la fréquence des prestations alimentaires en cours correspondent à ceux indiqués dans mon ordonnance alimentaire.
6. Je comprends que, si la date d'échéance tombe une fin de semaine, un jour férié ou un jour de fermeture ordinaire des services gouvernementaux, le prélèvement sera effectué le jour ouvrable suivant.
7. Je comprends que des frais de retard de paiement me seront imposés lorsque les paiements ne parviennent pas au Programme à la date prévue et que des mesures de recouvrement pourront être prises et des frais imposés à chaque fois.
8. Je comprends que le Programme imposera des frais de 50 \$ en cas de paiement non négociable (par exemple, une opposition à un paiement ou une provision insuffisante). Je comprends aussi que le Programme annulera le présent accord immédiatement, et ce, sans m'en avertir, s'il reçoit un avis de paiement non négociable.
9. Je comprends que l'annulation du présent accord n'annule pas mes obligations alimentaires.
10. J'aviserais le Programme par écrit à l'adresse ou au numéro de télécopieur précisés ci-dessus de tout changement dans les renseignements financiers indiqués dans le présent accord, et cela, au minimum **dix (10) jours ouvrables avant** la prochaine date de débit prévue.
11. J'accepte que cette méthode de paiement soit laissée au gré du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
12. Je comprends que j'ai le droit de contester un prélèvement effectué dans le cadre du présent accord de débit préautorisé dans les 90 jours suivant la date du prélèvement. Je comprends aussi que je dois immédiatement aviser le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires par écrit à l'adresse ou au numéro de télécopieur précisés ci-dessus en cas de contestation.
13. Je comprends que j'ai certains droits de recours si le prélèvement effectué ne respecte pas le présent accord. Par exemple, j'ai le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou contraire au présent accord de débit préautorisé. Pour en savoir plus sur ces droits, je peux communiquer avec mon établissement financier ou consulter le site Web à l'adresse suivante : www.cdnipay.ca.