

FORMULE DE RENSEIGNEMENTS

N° de dossier : _____

CRÉANCIER/BÉNÉFICIAIRE (personne qui reçoit la pension alimentaire) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (travail) : _____ N° de téléphone cellulaire : _____

N° du traité : _____ N° d'assurance sociale : _____

Date de naissance (jour, mois, année) : _____

Noms et dates de naissance des enfants :

Problèmes de violence familiale : Oui _____ Non _____

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE LE PLUS INTÉGRALEMENT POSSIBLE, CAR
CHAQUE ÉLÉMENT AIDE À PERCEVOIR VOS PAIEMENTS ALIMENTAIRES**

DÉBITEUR/PAYEUR (personne qui paie la pension alimentaire) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ N° de téléphone (maison) : _____

N° de téléphone (travail) : _____ N° de téléphone cellulaire : _____

N° du traité : _____ N° d'assurance sociale : _____

Date de naissance (jour, mois, année) : _____

Autres noms de la personne : _____

Nom de jeune fille de la mère : _____

Description

Homme _____ Femme _____ Taille _____ Poids _____ Lunettes _____

Couleur des yeux _____ Couleur des cheveux _____ Teint _____

Carrure _____ Rasé / Moustache / Barbe _____

Habitudes et goûts vestimentaires _____

Marques, cicatrices, etc. visibles distinctives _____

Autres _____

FORMULE DE RENSEIGNEMENTS

Emploi

Profession _____

Employeur actuel (et adresse) : _____

Employeurs précédents (et adresses) :

Casier judiciaire : Oui _____ Non _____

Si oui, expliquer : _____

Véhicules : (*automobiles, fourgonnettes, maisons mobiles, bateaux, motoneiges, motocyclettes, machines, etc.*)

Marque, modèle, année, couleur, numéro de licence

1. _____
2. _____
3. _____

Permis de conduire : Oui _____ Non _____ Si oui, de quelle province : _____

N° du permis de conduire (s'il est connu) : _____

Service militaire : Pays _____ Service _____

Numéro de service _____ Pensions _____

Amis et parents – noms, adresses et numéros de téléphone

1. _____
2. _____
3. _____

Polices d'assurance – compagnie, agent, type de couverture, numéro de police

1. _____
2. _____

Comptes bancaires (*chèques, épargne, placements, RER, etc.*) – nom et adresse de l'institution :

1. _____
2. _____
3. _____

FORMULE DE RENSEIGNEMENTS

Sommes dues au débiteur d'autres sources :

Pensions : _____

Autres revenus/actifs (loyer, biens, etc.) : _____

Fournir tout renseignement supplémentaire pouvant aider à localiser le débiteur et à percevoir les pensions alimentaires :

Si, en tout temps, vous recevez un paiement alimentaire directement du débiteur, vous êtes tenu(e) de le signaler immédiatement au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires, que ce soit par écrit ou par le système de réponse vocale interactive qui est accessible tous les jours, 24 h sur 24. Inclure la date et le montant du ou des paiements reçus, ainsi que vos signature et numéro de compte si vous informez le programme par écrit. Si un paiement reçu directement n'est pas déclaré immédiatement, votre dossier peut être fermé.

Date _____ **Signature** _____

Prière d'envoyer la présente formule remplie à :

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

2^e étage – 405, av. Broadway

Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6

N^o de télécopieur : 204 945-5449

N^o de téléphone : 204 945-7133 à Winnipeg ou de l'extérieur du Manitoba, ou
1 866 479-2717 (sans frais d'ailleurs au Manitoba)