

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bur. 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Man. : 1 866 479-2717

## INSCRIPTION

Le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du Manitoba protège les intérêts des enfants et des conjoints en exécutant les ordonnances alimentaires. La présente trousse d'inscription comprend les formules nécessaires pour s'inscrire au programme et vous dirige vers le site Web pour vous procurer les autres formules non incluses dans la présente trousse et éventuellement nécessaires, selon votre cas.

Pour avoir des renseignements supplémentaires sur le programme, prière de consulter le site Web à l'adresse suivante : [www.gov.mb.ca/justice/family/mep/index.html](http://www.gov.mb.ca/justice/family/mep/index.html) ou de vous adresser à :

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires  
352, rue Donald, bur. 100 Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8  
Téléphone : 204 945-7133 (à Winnipeg)  
Sans frais : 1 866 479-2717  
Ou par courriel : [ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca](mailto:ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca)

### Formulaires nécessaires pour s'inscrire :

- Formule de renseignements relatifs à l'exécution des ordonnances alimentaires (formule 70W disponible à l'adresse suivante : [www.gov.mb.ca](http://www.gov.mb.ca). Cliquer sur « Lois du Manitoba », puis sur « Formules » dans la section « Règles des tribunaux ») et consulter le site Web du programme. Vous pouvez aussi sélectionner la formule « Consentement à l'exécution », sur le site Web du programme. Lorsque le programme reçoit des ordonnances de tribunaux, la formule 70W doit être remise au tribunal au moment du dépôt de l'ordonnance.
- Consentement à l'exécution – Si, au moment du prononcé de l'ordonnance, vous avez décidé de renoncer aux services du programme, vous devrez remplir un Consentement à l'exécution.
- Le Consentement à l'exécution : si l'inscription a lieu au moment du prononcé de l'ordonnance et si votre avocat a rempli une formule 70W pour la Cour, vous n'avez pas besoin de remplir de Consentement à l'exécution.
- Formule de renseignements
- Déclaration solennelle et instructions
- Formule de Dépôt direct
- Formule d'Autorisation de communication par télécopieur et courriel
- L'ordonnance alimentaire du tribunal manitobain ou une copie certifiée conforme d'une ordonnance judiciaire d'une autre province (ou d'un autre pays) (jusqu'à cinq copies certifiées conformes peuvent être exigées) ou une copie notariée de votre accord ou entente.

**N'oubliez pas de signer et de dater les formules et de faire attester votre signature par témoin sur la Déclaration solennelle. Retournez le tout, une fois rempli, avec votre signature originale à l'adresse postale ci-dessus.**

### Renseignements supplémentaires :

#### **Puis-je m'inscrire même s'il n'y a pas de problèmes dans la perception des paiements?**

Oui. Certains clients préfèrent que les paiements soient enregistrés et suivis par le programme ou encore préfèrent parfois ne pas traiter directement avec l'autre partie pour les paiements alimentaires.

## Inscription



Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bur. 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Man. : 1 866 479-2717

### Points à prendre en considération avant de s'inscrire au programme :

- L'inscription au programme veut dire que le créancier ne recevra plus les paiements à la date précisée dans l'ordonnance ou l'accord/entente. Même si le paiement est fait volontairement à la date d'échéance, il faut que le programme le traite.
- Le programme ne peut pas garantir que les paiements seront perçus en temps voulu ou combien de temps il faudra pour les percevoir lorsque le débiteur ne paie pas volontairement.
- Le programme peut seulement percevoir des paiements pour des dépenses supplémentaires, comme les fournitures ou frais d'inscription scolaires, sauf mention spécifique dans l'ordonnance judiciaire ou dans l'accord/entente.
- Le programme peut seulement exécuter les ordonnances ou les accords/ententes lorsque le montant mensuel à payer est clairement indiqué, avec une date d'échéance.

### Y a-t-il des frais à payer pour les services du programme?

Les services du programme sont gratuits pour les créanciers. Si des mesures d'exécution sont nécessaires, le débiteur peut se voir imputer des droits à payer. Pour tout renseignement sur les pénalités de retard et les droits à payer, prière de consulter notre site Web.

### Si je choisis de renoncer aux services du programme, est-ce que je peux m'y inscrire à nouveau?

Oui. Les créanciers doivent tenir compte de ce qui se produit en cas de renonciation aux services du programme. Si des mesures d'exécution sont en cours au moment de la renonciation, elles sont toutes annulées. En cas de réinscription, les mesures d'exécution recommencent, et il faudra sans doute un certain temps pour que le dossier en revienne au stade où il en était au moment de la renonciation.

### Est-il nécessaire de recevoir les paiements par dépôt direct?

Le dépôt direct est la méthode la plus efficace pour percevoir les paiements du programme. Le traitement des paiements à un créancier par dépôt direct est la manière la plus rapide. De plus, cela évite tout retard dans la réception du paiement dans les cas où la livraison traditionnelle du courrier est retardée ou interrompue. Dans certains cas, le paiement direct n'est pas faisable. Pour consulter une formule de Demande d'exemption de dépôt direct, prière de consulter notre site Web.



## Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

### CONSENTEMENT À L'EXÉCUTION

(ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

**Numéro de dossier :** \_\_\_\_\_

**Créancier :** \_\_\_\_\_

**Débiteur :** \_\_\_\_\_

Je demande par la présente que s'appliquent à mon ordonnance (accord ou entente) les dispositions d'exécution de la Partie VI de la *Loi sur l'obligation alimentaire*. Le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires commencera à percevoir mes paiements alimentaires à compter de la date de dépôt de la présente déclaration signée.

**Après le dépôt de cette déclaration signée auprès du programme, je consens à aviser immédiatement le programme de tout changement apporté à mon ordonnance (accord ou entente) ou dans les circonstances entourant ses conditions et si toute condition de la pension alimentaire ne s'applique plus.**

Je comprends que, si je souhaite annuler la présente demande d'exécution, je dois déposer auprès du programme une déclaration signée pour faire cesser l'application à mon ordonnance (accord ou entente) des dispositions d'exécution de la *Loi sur l'obligation alimentaire*.

**J'autorise par la présente l'application de la Partie VI de la *Loi sur l'obligation alimentaire* à mon ordonnance (accord ou entente) et la perception de mes paiements alimentaires à compter de la date de dépôt de la présente déclaration signée auprès du programme.**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU CRÉANCIER**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU TÉMOIN**

**DATE :** \_\_\_\_\_

## Formule d'identification

---

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bur. 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Canada : 1 866 479-2717

N° du dossier d'exécution : \_\_\_\_\_

Veillez remplir les parties A, B et C aux mieux de vos capacités, puis signez la partie D. Si vous avez besoin d'aide concernant d'autres affaires familiales et souhaitez que nous transmettions vos informations au Service de règlement des litiges familiaux, remplissez la partie E. Vous pouvez utiliser des pages supplémentaires si vous avez besoin de plus d'espace pour fournir les renseignements demandés dans la présente formule.

---

### A. RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER/BÉNÉFICIAIRE OU LA CRÉANCIÈRE/BÉNÉFICIAIRE (personne qui reçoit la pension alimentaire)

---

Nom légal : \_\_\_\_\_

Prénom

Autres pré noms

Nom de famille

Par quel nom souhaitez-vous que nous vous appelions (p. ex., nom usuel)? \_\_\_\_\_

Anciens noms légaux ou aussi appelé (p. ex., nom à la naissance) : \_\_\_\_\_

Vos pronoms :  Elle  Il/lui  Ici  Autre : \_\_\_\_\_

#### Renseignements personnels

Date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

**Souhaitez-vous déclarer votre appartenance à l'un des groupes suivants?** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Francophones  Personnes nouvellement arrivées au Canada  Personnes handicapées  
 Membres des Premières Nations  Métis  Inuits

Numéro de traité (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Ces renseignements pourraient aider notre bureau à vous offrir ses services.

Veuillez cocher ici si vous souhaitez recevoir des services en français

**Avez-vous déjà été inscrit au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du Manitoba?** Si oui, indiquez tous les numéros de dossier qui vous a été attribués et le nom associé à chacun de ces dossiers (si vous les connaissez) : \_\_\_\_\_

**Êtes-vous inscrit auprès d'un programme d'exécution des ordonnances alimentaires d'une autre province ou territoire?** Si oui, indiquez tous les numéros de dossier qui vous ont été attribués et le nom associé à chacun de ces dossiers (si vous les connaissez) : \_\_\_\_\_

**Coordonnées**

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville/localité : \_\_\_\_\_

Manitoba ou province/territoire/État : \_\_\_\_\_

Canada ou pays : \_\_\_\_\_

Tél. (travail) : \_\_\_\_\_ Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

*\*Le Programme utilisera cette adresse électronique pour communiquer avec vous et, entre autres, vous envoyer des documents jusqu'à ce que vous retiriez votre consentement ou fournissiez une nouvelle adresse.*

Quel est le meilleur moyen de vous joindre?

Tél. (travail)       Tél. (domicile)       Cellulaire       Adresse électronique

Avez-vous besoin d'assistance pour les communications avec le Programme?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser le type d'assistance requis : \_\_\_\_\_

Si vous avez des préoccupations à l'égard de votre sécurité, quel est le moment le plus sûr pour vous joindre durant nos heures normales d'ouverture?

\_\_\_\_\_

**Renseignements sur vos personnes à charge nommées dans l'ordonnance ou l'entente pour ce dossier**

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉBITEUR/PAYEUR OU LA DÉBITRICE/PAYEUSE (personne qui paie la pension alimentaire)**

Nom légal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom      Autres prénoms      Nom de famille      Jour/mois/année

Anciens noms légaux ou aussi appelés (p. ex., nom à la naissance) : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer tout autre nom que le débiteur/payeur ou la débitrice/payeuse utilise ainsi que tout renseignement concernant d'autres dossiers qu'il a soumis au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du Manitoba (numéro de dossier, nom de l'autre partie nommée dans le dossier) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse :  Actuelle       Dernière connue       Inconnue

Rue et n° : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville/localité : \_\_\_\_\_

Manitoba ou province/territoire/État : \_\_\_\_\_

Canada ou pays : \_\_\_\_\_

Si vous ne connaissez pas l'adresse, où pensez-vous que le débiteur/payeur ou la débitrice/payeuse habite?

---

---

**Coordonnées**

Tél. de jour : \_\_\_\_\_ Tél. (travail) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**Avez-vous l'impression qu'il y a un risque immédiat de violence de la part de cette personne?**  Oui  Non

*Veillez composer le 911 si vous pensez être en danger immédiat.*

**L'autre personne vous a-t-elle déjà fait craindre pour votre sécurité?**  Oui  Non

**L'autre personne vous a-t-elle déjà fait craindre pour la sécurité de vos enfants?**  Oui  Non

**Y a-t-il des ordonnances de protection toujours en vigueur (p. ex., ordonnance d'interdiction, engagement de ne pas troubler l'ordre public, probation ou ordonnance de cautionnement)?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Il est important de vous sentir en sécurité dans vos relations. Notre personnel est là pour vous aider si votre sécurité et votre bien-être vous préoccupent. Aimerez-vous que quelqu'un communique avec vous?**

Oui (remplissez la partie E)  Non

Intentionnellement laissé en blanc

### C. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DÉBITEUR/PAYEUR OU LA DÉBITRICE/PAYEUSE

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE LE PLUS INTÉGRALEMENT POSSIBLE, CAR CHAQUE ÉLÉMENT PEUT AIDER À PERCEVOIR VOS PAIEMENTS ALIMENTAIRES, SI NÉCESSAIRE.

#### Renseignements personnels

N° de traité : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Service militaire : Pays \_\_\_\_\_ Branche des Forces armées : \_\_\_\_\_

Casier judiciaire : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez fournir des précisions : \_\_\_\_\_

#### Emploi

Profession :

Employeur actuel (et adresse) :

Employeurs précédents (et adresse) :

#### Renseignements supplémentaires

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

Marque, modèle, année, couleur, numéro d'immatriculation

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

#### Amis et parents – noms, adresses et numéros de téléphone

(*personnes qui pourraient avoir des renseignements pour retrouver le débiteur/payeur ou la débitrice/payeuse ou contribuer à l'exécution*)

#### Sommes dues au débiteur/payeur ou à la débitrice/payeuse d'autres sources

Pensions (nom des sociétés ou de l'administrateur, jugements rendus, notamment des petites créances) :

Autre revenu/actifs (loyer, biens, second emploi, etc.)

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire pouvant aider à trouver le débiteur/payeur ou la débitrice/payeuse et à percevoir les pensions alimentaires

---

---

---

---

---

---

#### D. DÉCLARATION DU CRÉANCIER/BÉNÉFICIAIRE OU DE LA CRÉANCIÈRE/BÉNÉFICIAIRE

---

*Lisez bien la déclaration, puis signez et indiquez la date ci-dessous.*

Je demande par la présente à inscrire mon ordonnance ou mon entente écrite au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires et j'accepte les conditions suivantes :

- a) J'accepterai le versement des paiements par l'entremise du Programme et non directement du payeur ou de la payeuse une fois que mon dossier aura été ouvert.
- b) J'aviserai immédiatement le Programme si j'accepte des paiements directement du payeur ou de la payeuse avant ou après l'ouverture de mon dossier.
- c) Le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires prendra les mesures qu'il juge raisonnables pour faire exécuter l'ordonnance ou l'entente écrite en mon nom, et pendant ma participation au Programme, seul ce dernier peut prendre des mesures pour la faire exécuter.
- d) J'aviserai le Programme de tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et de renseignements bancaires me concernant.
- e) J'aviserai le Programme de tout changement de situation relativement à mes personnes à charge, notamment si je n'ai plus besoin que le Programme fasse exécuter leur ordonnance alimentaire.
- f) Les renseignements que je fournis au Programme servent à surveiller et exécuter mon ordonnance alimentaire ou mon entente écrite.

Les renseignements que j'ai fournis dans la présente formule d'identification sont, à ma connaissance, exacts et véridiques.

---

Date

---

Signature

*Envoyez la formule remplie à l'adresse suivante :*

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires  
352, rue Donald, bur. 100  
Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8  
Télec. : 204 945-5449  
Adresse électronique : [ManitobaMEPInquiries@gov.mb.ca](mailto:ManitobaMEPInquiries@gov.mb.ca)

## E. Renseignements destinés au Service de règlement des litiges familiaux (**partie facultative**)

Il peut être difficile de se séparer, de mettre fin à une relation ou de partager la garde d'un enfant. Les renseignements fournis par le Service de règlement des litiges familiaux peuvent vous aider à gérer les décisions et les changements importants à venir. Déterminer ce dont vous et votre famille pourriez avoir besoin au cours de cette transition fait partie du processus. Remplissez cette partie si vous souhaitez que le Service de règlement des litiges familiaux vous offre de l'assistance pour des questions familiales **autres que les services d'exécution offerts par le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires.**

Si vous décidez de remplir cette partie, les renseignements fournis aux parties A (à l'exception du numéro d'assurance sociale), B et E seront communiqués au Service de règlement des litiges familiaux et il communiquera avec vous. Si vous n'êtes pas à l'aise de répondre à certaines questions, contactez le Service de règlement des litiges familiaux au 204 945-2313 (Winnipeg) ou sans frais au 1 844 808-2313 et un agent ou une agente de réception des demandes vous aidera. Vous pouvez aussi écrire à [GetGuidance@gov.mb.ca](mailto:GetGuidance@gov.mb.ca).

### Renseignements additionnels

*Veillez noter que ces renseignements sont utilisés pour déterminer si vous êtes admissible à des programmes de soutien supplémentaires.*

**Quel est votre revenu annuel moyen?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 \$ à 26 000 \$      | <input type="checkbox"/> 26 001 \$ à 38 000 \$  | <input type="checkbox"/> 38 001 \$ à 50 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 50 001 \$ à 75 000 \$ | <input type="checkbox"/> 75 001 \$ à 100 000 \$ | <input type="checkbox"/> Plus de 100 000 \$    |

**Recevez-vous des prestations d'aide au revenu?**  Oui  Non

**Avez-vous un avocat ou une avocate qui vous aide?**  Oui  Non

**Est-ce que quelqu'un d'autre vous aide?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conseiller ou conseillère pour enfant                     | <input type="checkbox"/> Comptable/conseiller ou conseillère en finances |
| <input type="checkbox"/> Services à l'enfant et à la famille                       | <input type="checkbox"/> Médiateur ou médiatrice                         |
| <input type="checkbox"/> Chef religieux/spirituel ou Cheffe religieuse/spirituelle | <input type="checkbox"/> Thérapeute                                      |
| <input type="checkbox"/> Soutien ou ressource communautaire                        | <input type="checkbox"/> Service des aliments pour enfants               |
| <input type="checkbox"/> Médecin   | <input type="checkbox"/> Aîné ou aînée                                   |
| <input type="checkbox"/> Conseiller familial ou conseillère familiale              | <input type="checkbox"/> Autre :   |
| <input type="checkbox"/> Aucune des réponses ci-dessus                             |  |

**Parlez-nous de votre relation avec votre ancien ou ancienne partenaire/l'autre parent/l'autre partie**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Séparation/divorce, vivons séparément      | <input type="checkbox"/> Déjà divorcés                     |
| <input type="checkbox"/> Séparation/divorce, vivons ensemble        | <input type="checkbox"/> Fréquentations                    |
| <input type="checkbox"/> Jamais mariés, jamais vécus ensemble       | <input type="checkbox"/> Parent de l'enfant ou des enfants |
| <input type="checkbox"/> Jamais mariés, vivions ensemble auparavant | <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |

Jamais mariés, vivons ensemble

Indiquez les dates suivantes, le cas échéant, au meilleur de votre capacité

Date à laquelle vous avez commencé à vivre ensemble : \_\_\_\_\_ Date de séparation : \_\_\_\_\_

Date du mariage : \_\_\_\_\_ Date du divorce : \_\_\_\_\_

### Comment pouvons-nous vous aider?

- Risque immédiat ou imminent de blessures pour vous ou votre ou vos enfants\*
- Vous craignez que l'autre parent quitte le Manitoba avec votre ou vos enfants\*
- L'autre parent ne vous rend pas votre ou vos enfants avec ou sans une ordonnance du tribunal\*
- L'autre parent a coupé vos contacts avec votre ou vos enfants\*
- Perte ou destruction d'un bien\*
- Besoin urgent d'une pension alimentaire pour enfants
- Logement d'urgence

*\*Les motifs marqués d'un astérisque pourraient être admissibles à une audience urgente ou à une audience expéditive devant le tribunal. Un guide familial peut fournir des renseignements sur la manière de faire une telle demande au tribunal.*

Avez-vous besoin d'une aide concernant l'un des éléments suivants? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

#### Relations

- Mariage et unions de fait
- Séparation et divorce

#### Parentage

- Pour l'amour des enfants
- Plan parental
- Ententes parentales
- Exécution des ordonnances

#### Sécurité

- Ma sécurité
- La sécurité de mes enfants
- La sécurité de ma famille et

de mes proches

#### Biens

- Biens familiaux/maison
- Prestations de retraite

#### Argent

- Communication de renseignements financiers
- Calcul du montant initial de pension alimentaire pour enfants
- Recalcul du montant de pension alimentaire pour enfants
- Recalcul précoce du montant de pension alimentaire pour enfants
- Renonciation au recalcul du montant de pension alimentaire pour enfants
- Pension alimentaire au profit du conjoint ou conjoint de fait
- Demande de pension alimentaire lorsque l'autre personne vit à l'extérieur du Manitoba

#### Possibilités de règlement d'un litige

- Droit collaboratif
- Arbitrage
- Médiation
- Tribunaux
  - Instructions de processus et de procédure
  - Formules de la Cour
  - Documents rejetés
  - Renseignements juridiques/renvoi vers des ressources

Aimeriez-vous qu'un médiateur ou une médiatrice vous aide à résoudre un nouveau désaccord ou tout désaccord en suspens avec votre ancien ou ancienne partenaire/l'autre parent/l'autre partie?

Oui       Non

### Parlez-nous de votre situation juridique

Le Service de règlement des litiges familiaux peut vous fournir des renseignements juridiques et vous orienter vers des ressources qui peuvent vous donner des conseils juridiques. Le Service ne peut pas vous fournir de conseils juridiques indépendants relativement à votre cas. Si vous avez un avocat, nous vous encourageons à lui ou la dire que vous faites appel à nos services.

### Ententes existantes ou ordonnances du tribunal

Avez-vous des ententes écrites existantes au sujet de votre relation ou de vos ententes parentales?

Oui       Non       Je ne sais pas

Avez-vous déjà été en cour avec votre ancien ou ancienne partenaire/l'autre parent/l'autre partie?

Oui       Non       Je ne sais pas

Une demande a-t-elle été déposée auprès du tribunal relativement à votre différend en matière de droit de la famille?

Oui       Non       Je ne sais pas

Si oui, quel est le numéro de dossier du greffe? (p. ex., FD FD19-01-12345)

---

### Y a-t-il des ordonnances du tribunal concernant votre ancien ou ancienne partenaire/l'autre parent/l'autre partie, l'enfant ou les enfants ou vous-même?

Oui       Non       Je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous fournir des précisions? (p. ex., l'intitulé et la date de chacune des ordonnances, le numéro de dossier du greffe, le lieu du tribunal)

---

### Y a-t-il une ordonnance judiciaire particulière empêchant l'un de vous de communiquer ou d'être en contact avec l'autre personne ou avec un enfant?

Oui       Non       Je ne sais pas

Si oui, pouvez-vous fournir des précisions? (p. ex., l'intitulé et la date de chacune des ordonnances, le numéro de dossier du greffe, le lieu du tribunal)

---

### Préparation à comparaître devant les tribunaux

Avez-vous suivi l'une des étapes requises suivantes en vue d'obtenir les services des tribunaux?

Cours en ligne Pour l'amour des enfants

Communication de renseignements financiers

Plan parental

Vous et votre ancien ou ancienne partenaire/l'autre parent/l'autre partie vous êtes rencontrés et avez tenté de résoudre vos désaccords.

Une ordonnance du tribunal interdit tout contact ou toute communication entre les parties.

Aucune des réponses ci-dessus

### Renseignements additionnels

#### Comment avez-vous entendu parler du Service de règlement des litiges familiaux?

- Tribunaux
- Avocat ou avocate
- Autre fournisseur de services
- Site Web Droit de la famille Manitoba
- Famille/ami ou amie
- Autre :

#### Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir?

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Est-ce que le personnel du Service de règlement des litiges familiaux peut communiquer avec vous par courrier électronique?

Le personnel du Service de règlement des litiges familiaux, comme votre équipe du Service de règlement des litiges familiaux, aimerait vous demander la permission de communiquer avec vous par courrier électronique pendant que vous recevez ses services.

Veillez noter que lorsque vous et le personnel du Service de règlement des litiges familiaux communiquez par courrier électronique, il existe des risques que vos renseignements personnels et que les renseignements communiqués entre vous et le Service soient vus et utilisés par d'autres personnes pouvant avoir accès à votre compte de messagerie ou à votre appareil électronique. Par exemple, si vous téléchargez des messages électroniques échangés entre vous et le Service de règlement des litiges familiaux sur votre ordinateur, votre téléphone portable ou une clé USB, ces messages pourraient être consultés par d'autres personnes. Si vous donnez accès à votre ordinateur, votre adresse électronique, votre nom d'utilisateur ou d'utilisatrice ou vos renseignements d'ouverture de session à d'autres personnes, ces dernières pourraient consulter les messages ou un document échangés entre vous et le Service de règlement des litiges familiaux. Si les paramètres de vos appareils électroniques affichent des avis sur vos écrans lorsque vous recevez un courriel, d'autres peuvent voir l'avis et toute information qu'il contient.

Vous pouvez demander au Service de règlement des litiges familiaux de cesser de communiquer avec vous par courrier électronique à tout moment. Toutefois, votre retrait ne s'appliquera pas aux courriels déjà envoyés par

le Service. Pour arrêter la communication par courrier électronique, veuillez informer notre équipe que vous ne souhaitez plus recevoir de courrier électronique de la part du Service.

Veuillez nous indiquer si vous souhaitez communiquer avec nous par courrier électronique :

Oui, je veux communiquer avec le Service de règlement des litiges familiaux par courrier électronique. En cochant cette case, je comprends et j'accepte les risques énoncés ci-dessus. Je comprends que le Service de règlement des litiges familiaux continuera à communiquer avec moi par courrier électronique jusqu'à ce que je ne reçoive plus de services de sa part ou que j'informe le Service que je ne souhaite plus communiquer par courrier électronique.

Si vous avez coché la case ci-dessus, veuillez nous indiquer l'adresse électronique que vous souhaitez que nous utilisions pour communiquer avec vous :

---

Non, je ne veux pas communiquer avec le Service de règlement des litiges familiaux par courrier électronique.

Si, à tout moment, le personnel du Service de règlement des litiges familiaux estime que le courrier électronique n'est pas un moyen approprié de communiquer avec vous, cette option peut être arrêtée. L'équipe du Service de règlement des litiges familiaux, ou un responsable du Service, travaillera alors avec vous pour trouver un autre moyen de communiquer avec vous.

### Consentement et confirmation

En cochant les cases ci-dessous, vous confirmez :

- que vous avez lu et compris les renseignements contenus dans ce formulaire de demande;
- que les renseignements que vous avez fournis dans ce formulaire sont vrais, à votre connaissance;
- que si vous avez coché « Oui » pour communiquer avec le Service de règlement des litiges familiaux par courrier électronique, vous comprenez les risques.

DATE : \_\_\_\_\_

# Avis sur la protection de la vie privée

## Raisons pour lesquelles le Service de règlement des litiges familiaux a besoin de recueillir et d'utiliser vos renseignements personnels (les « raisons »)

Le Service de règlement des litiges familiaux du ministère de la Justice recueillera vos renseignements personnels dans le présent formulaire de demande. Le Service a besoin de recueillir vos renseignements personnels pour les raisons suivantes :

- évaluer votre admissibilité au Service de règlement des litiges familiaux et déterminer les services dont vous pourriez avoir besoin;
- déterminer si vous avez besoin de recevoir des services supplémentaires d'organismes autres que le Service de règlement des litiges familiaux, et si vous y êtes admissible;
- évaluer si des recommandations de services supplémentaires sont nécessaires, notamment le service des aliments pour enfants;
- vous aider à recevoir les services spécialisés en matière de médiation, de violence familiale ou de droit de la famille qui pourraient vous être offerts;
- évaluer l'état de préparation juridique de votre dossier, le cas échéant;
- vous aider à vous préparer au tribunal, le cas échéant;
- recueillir des statistiques agrégées afin de suivre et d'évaluer les services offerts par le Service de règlement des litiges familiaux.

## Dispositions législatives permettant la collecte de vos renseignements personnels

Le Service de règlement des litiges familiaux a besoin de vos renseignements personnels afin de vous fournir des services et pour mener à bien ses activités. Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de l'alinéa 36(1)b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Le Service de règlement des litiges familiaux restreint au minimum nécessaire les renseignements personnels qu'il recueille à votre sujet, aux fins décrites ci-dessus.

Vos renseignements personnels sont protégés par la Loi. Le Service de règlement des litiges familiaux ne peut pas utiliser ou divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, à moins que vous n'y consentiez ou qu'il soit autorisé à le faire, en vertu de la Loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués au Service de pensions alimentaires pour enfants en vertu de la Loi sur le service des aliments pour enfants à des fins de calcul ou de recalcul de la pension alimentaire pour enfants, ainsi qu'au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires en vertu de la Loi sur l'obligation alimentaire aux fins de l'exécution d'une ordonnance alimentaire.

## Notre responsabilité légale de signaler un enfant ayant besoin de protection

Conformément à l'[article 18.1 de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille](#), lorsque des renseignements qui sont communiqués au Service de règlement des litiges familiaux portent ce dernier à croire raisonnablement qu'un enfant a ou pourrait avoir besoin de protection, le Service de règlement des litiges familiaux est légalement tenu de signaler ces renseignements à un office de services à l'enfant et à la famille.

### **Avec qui puis-je communiquer si j'ai des questions?**

Si vous avez des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels par le Service de règlement des litiges familiaux, veuillez communiquer avec Pamela Taylor, directrice du soutien au règlement rapide des litiges, en écrivant à [Pamela.Taylor@gov.mb.ca](mailto:Pamela.Taylor@gov.mb.ca) ou composez le 204 761-7388.

# PROGRAMME D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

ENTRE :

\_\_\_\_\_

créancier ou  
bénéficiaire  
(personne qui reçoit les  
aliments)

- et -

\_\_\_\_\_

débiteur ou payeur  
(personne qui paie les aliments)

## Déclaration solennelle

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, dans la province  
*Nom et prénom(s) de la personne qui déclare*      *Nom de la ville*  
du Manitoba, DÉCLARE SOUS LA FOI DU SERMENT :

1. QUE le \_\_\_\_\_, le débiteur susmentionné a reçu  
*Date de l'ordonnance (ou de l'accord/entente)*  
l'ordre de payer des aliments à \_\_\_\_\_  
*Nom(s) du ou des bénéficiaires des aliments*

au montant de \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
*Montant du paiement alimentaire*      *Cycle de paiement*  
(y compris les dépenses, le cas échéant)

2. QUE je n'ai pas perdu mon droit de demander l'exécution de cette ordonnance.

3. QUE les paiements alimentaires sont arriérés et que le total des aliments qui me sont dus est

de \_\_\_\_\_ \$, jusqu'au \_\_\_\_\_,  
*total des aliments exigibles*      *date courante (date de la signature du présent document)*  
(voir calendrier joint)

comme il est indiqué au calendrier des paiements joint. Le prochain paiement alimentaire est dû  
le \_\_\_\_\_. Conformément à l'ordonnance susmentionnée,  
*date d'échéance du prochain paiement après signature*  
il n'y a pas d'autres arriérés que je demanderai au programme de percevoir en mon nom.

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare solennellement que le contenu de la présente  
*Nom et prénom de l'auteur de la déclaration*  
déclaration solennelle est exact et que je la fais la croyant vraie en toute conscience.

Conformément au paragraphe 55(3.1) de la *Loi sur l'obligation alimentaire*, quiconque fait une fausse déclaration solennelle commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une amende maximale de 2 000 \$ et un emprisonnement maximal de 90 jours, ou l'une de ces peines.

\_\_\_\_\_ devant moi à \_\_\_\_\_)

Serment ou affirmation

Dans la province du Manitoba, le \_\_\_\_\_ 20\_\_ )

\_\_\_\_\_  
Signez ici

\_\_\_\_\_  
(Témoin)

Registraire adjoint, notaire public,  
Commissaire à l'assermentation (date d'expiration de la Commission \_\_\_\_\_)



## Instructions pour remplir la déclaration solennelle

La déclaration solennelle est un document de deux pages. Il faudra que vous ayez un exemplaire de votre ordonnance du tribunal ou de l'accord ou entente à portée de main pour remplir la première partie de cette déclaration.

Pour calculer le total des aliments exigibles au numéro trois de cette déclaration, vous devez remplir le calendrier des paiements. Sur ce calendrier, pour toute la période au titre de laquelle vous réclamez des aliments qui vous seraient dus, vous devez énumérer chaque paiement dû et indiquer s'il a été payé ou non.

- Sous **Date d'échéance**, la date d'échéance complète de chaque paiement (la date d'échéance d'après l'ordonnance ou l'accord/entente)
- Sous **Montant dû**, le montant de chaque paiement (la somme due d'après l'ordonnance ou l'accord/entente)
- Sous **Montant reçu**, le montant qui vous a été payé (inscrire « zéro » s'il n'est pas payé)
- Soustraire le **Montant reçu** du Montant dû pour en arriver au **Montant exigible**.

Faites le total du ou des montants exigible(s) pour en arriver au **Total des aliments exigibles** au bas du calendrier. Insérez ce montant au numéro trois de la déclaration solennelle.

Vous pouvez aussi énumérer les dépenses mensuelles (comme les frais de garderie) qui sont énoncés dans l'ordonnance ou dans l'accord/entente, de façon séparée ou avec les paiements alimentaires mensuels.

Si un paiement n'est pas inscrit au calendrier, il ne fera pas partie de la réclamation des arriérés.

Remplissez le reste de la déclaration solennelle.

### Signature et attestation par témoin de la déclaration solennelle :

Ne signez pas la déclaration solennelle avant de vous présenter devant un des fonctionnaires désignés pour attester votre signature. La signature doit se faire en présence de l'un des fonctionnaires désignés.

Les personnes qui ont le pouvoir de faire prêter serment sont les commissaires à l'assermentation, les registraires adjoints et les notaires publics. Il y a des commissaires ou des registraires dans tous les bureaux des municipalités ou du gouvernement, tribunaux provinciaux et institutions financières, ainsi que dans bon nombre de compagnies d'assurances et établissements d'enseignement, si vous ne pouvez pas vous présenter à un cabinet d'avocats ou dans un de nos bureaux du programme.

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bur. 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Man. : 1 866 479-2717

Afin que vos paiements alimentaires soient envoyés par dépôt direct, directement à votre institution financière, vous devez fournir les renseignements suivants. Si les renseignements sont erronés, votre paiement pourrait être déposé sur le mauvais compte. Tous les renseignements demeurent strictement confidentiels et ne sont utilisés qu'aux fins du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires.

## Étape 1 : Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_  
N° de dossier du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires : \_\_\_\_\_  
Adresse/Ville/Province/Code postal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Numéro(s) de téléphone (inclure code postal) \_\_\_\_\_  
*Si vous changez d'adresse, informez notre bureau immédiatement par écrit.*

## Étape 2 : Renseignements bancaires

*Si vous joignez un bordereau de dépôt personnel ou un chèque annulé, vous n'avez pas à remplir cette section*

Numéro de transit (5 chiffres) \_\_\_\_\_ Numéro de banque (3 chiffres) \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

Type de compte  chèques  épargne  chèques et épargne

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'institution financière : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si vos renseignements bancaires changent ou si vous souhaitez que vos paiements alimentaires soient déposés dans un autre compte, vous devez remplir une nouvelle formule de demande de dépôt direct et la retourner à notre bureau. Après le traitement des renseignements, les paiements alimentaires seront acheminés vers votre nouveau compte. NE FERMEZ PAS VOTRE ANCIEN COMPTE AVANT D'AVOIR REÇU LE PREMIER PAIEMENT DANS VOTRE NOUVEAU COMPTE.*

## Étape 3 : Signez, datez et envoyez par courrier ou par télécopieur la formule remplie à l'adresse ci-dessus

Jusqu'à nouvel ordre, j'autorise le dépôt direct de mes paiements alimentaires au numéro de compte de l'institution financière contenu dans la présente formule.

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bur. 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Man. : 1 866 479-2717

**Pour communiquer avec vous par courriel ou par télécopieur, le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires a besoin des renseignements suivants. Tous les renseignements demeurent strictement confidentiels et ne sont utilisés qu'aux fins du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires.\***

Nom : \_\_\_\_\_ N° de dossier du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires \_\_\_\_\_

Adresse/Ville/ Province/Code postal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'autorise le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires à envoyer par **COURRIEL** de la correspondance, des demandes de renseignements ou d'autres documents à mon attention si possible.

ADRESSE DE COURRIEL : \_\_\_\_\_

J'autorise le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires à envoyer par **TÉLÉCOPIEUR** de la correspondance, des demandes de renseignements ou d'autres documents à mon attention si possible.

N° DE TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_

Je comprends que les communications par télécopieur et par courriel ne sont pas sécuritaires et que la confidentialité des courriels ou télécopies ne peut pas être garantie.

Je comprends que je peux révoquer la présente autorisation en tout temps, mais pas de façon rétroactive, pour la communication des renseignements, faite de bonne foi, par écrit, au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires à l'adresse indiquée ci-dessus. Je comprends aussi que la présente autorisation demeure en vigueur tant que le programme n'a pas reçu et traité un avis écrit de ma part visant à la changer ou à la révoquer. Le traitement de l'avis écrit de révocation de l'autorisation peut prendre jusqu'à dix jours ouvrables.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Signez, datez et envoyez par courrier ou par télécopieur la formule remplie à l'adresse ci-dessus.**  
\*Remarque : La présente autorisation ne vise pas à modifier la signification devant être faite d'une certaine manière aux termes de la loi ou du règlement.