

## Formulaire de demande de calcul

(Remplir SEULEMENT si vous n'avez pas déjà un accord ou une ordonnance du tribunal concernant les aliments pour enfants)

**Veuillez remplir le formulaire de demande à la machine ou à l'encre noire (en caractères d'imprimerie).**

À l'usage exclusif du CSRS (Service des recalculs d'aliments pour enfants) :  
N° de dossier : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le demandeur :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Autre(s) prénom(s))
(Adresse postale et ville/village)		(Adresse municipale et ville/village)
(Province et code postal)		(N° de téléphone de jour)
(Adresse courriel)		(Autre n° de téléphone)
(Date de naissance jj/mm/année)		

### Renseignement sur l'emploi du demandeur : (à remplir uniquement si votre revenu est nécessaire pour un calcul)

(Nom de l'entreprise de l'employeur)	(Revenu annuel)
(Adresse de l'employeur)	(Ville) (Province) (Code postal)
(N° de téléphone de l'employeur)	(Personne-ressource de l'employeur)

### Enfants pour qui les aliments sont payés :

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	Parent avec lequel l'enfant réside :	Sexe M - Masculin F - Féminin	DATE DE NAISSANCE		
					Jour	Mois	Année
1.							
2.							
3.							
4.							

Personne(s) à charge de plus de 18 ans : Oui ☐ Non ☐

### Arrangement de parentage :

- ☐ Garde unique (une partie a la majorité du temps de parentage avec l'enfant/les enfants)
- ☐ Garde partagée (temps de parentage minimal de 40 % avec chaque parent)
- ☐ Garde scindée (un ou plusieurs enfants habitent avec chaque parent)

**Renseignements concernant l'autre partie :**

(Nom de famille)	(Prénom)	(Autre(s) prénom(s))
(Adresse postale et ville/village)		(Adresse municipale et ville/village)
(Province et code postal)		(N° de téléphone de jour)
(Adresse courriel)		(Autre n° de téléphone)
Date de naissance (jj/mm/année)		

**Renseignement sur l'emploi de l'autre partie :** (à remplir uniquement si votre revenu est nécessaire pour un calcul)

(Nom de l'entreprise de l'employeur)	(Revenu annuel)
(Adresse de l'employeur)	(Ville) (Province) (Code postal)
(No de téléphone de l'employeur)	(Personne-ressource de l'employeur)

### Renseignements additionnels :

--

☐ Il y a des antécédents de violence familiale ou une ordonnance de non-communication.

En signant le présent formulaire, je déclare et comprends que :

- 1) Je tiendrai le Bureau informé de tout ajout ou changement à mes renseignements relatifs à :
  - a. l'obtention d'un accord ou d'une ordonnance judiciaire;
  - b. l'arrangement de parentage ou la situation de famille de mes enfants;
  - c. mon adresse;
  - d. l'information sur mon emploi.
- 2) Tous les renseignements reçus et conservés par le Service des aliments pour enfants demeureront confidentiels et ne seront divulgués que conformément à la *Loi de 2002 modifiant la Loi de 1997 sur les prestations alimentaires familiales*.
- 3) Les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande sont exacts et véridiques.
- 4) En fournissant votre adresse courriel, vous consentez à ce que nous utilisions celle-ci pour vous envoyer des avis et des mises à jour relatives à votre dossier.

---

Date de la demande

---

Signature du demandeur

Une fois que vous avez rempli le formulaire, veuillez l'envoyer à :

Service des aliments pour enfants (Child Support Service)  
3085, rue Albert, bureau 323  
Regina (Saskatchewan) S4S 0B1  
[childsupportservice@gov.sk.ca](mailto:childsupportservice@gov.sk.ca)  
Télécopieur : 306-787-2599

Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 306-787-5042 dans la région de Regina ou le numéro sans frais 1-833-825-1445 à l'extérieur de la région de Regina. Des renseignements supplémentaires sur notre Service sont disponibles à l'adresse :

<https://www.saskatchewan.ca/bonjour/legal-services/separation-or-divorce/child-support/child-support-recalculation-service>.