

Formulaire de demande

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

L'auteur de la demande est : réceptionnaire de pension alimentaire (aliments) payeur des aliments

Vos coordonnées :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Autre(s) prénom(s))
(Adresse postale et Ville/village)		(Adresse municipale)
(Province et code postal)		(N° de téléphone de jour)
(Courriel)		(Autre n° de téléphone)

Coordonnées de l'autre partie :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Autre(s) prénom(s))
(Adresse postale et Ville/village)		(Adresse municipale)
(Province et code postal)		(N° de téléphone de jour)
(Courriel)		(Autre n° de téléphone)

Renseignement sur l'emploi du payeur :

(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 prestations alimentaires (aliments) sont payées :

	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	Parent avec lequel l'enfant réside	Sexe de l'enfant	DATE DE NAISSANCE		
						Jour	Mois	Année
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

Renseignements sur le cas :

(Montant de l'ordonnance actuelle)	(Type de paiement) <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Aux 2 semaines <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> 2 fois par mois <input type="radio"/> Forfaitaire (global) Autre (veuillez préciser) :
(Montant des prestations alimentaires pour enfants versées dans la dernière année d'imposition)	(année d'imposition)

Renseignements additionnels :

- Joindre une copie de l'ordonnance actuelle d'entretien d'enfant (pension alimentaire) ou de l'accord
- Numéro de cas du Bureau de recouvrement des pensions alimentaires (anciennement le Bureau d'exécution des ordonnances alimentaires) _____ S'il y a lieu

Je déclare et comprends que :

- 1) Je tiendrai le Bureau informé de tout ajout ou changement à mes renseignements relatifs à :
 - a. l'ordonnance de la Cour ou à l'accord;
 - b. la garde ou à la situation de famille de mes enfants;
 - c. mon adresse;
 - d. l'emploi du payeur.
- 2) Tous les renseignements reçus et conservés par le Service des recalculs d'aliments pour enfants (anciennement Service de rajustement des pensions alimentaires) demeureront confidentiels et ne seront divulgués qu'en conformité avec le paragraphe 21.35 du *Règlement de 1998 sur les prestations alimentaires familiales*.
- 3) Les renseignements fournis dans le présent formulaire 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 de l'auteur de la demande

Une fois que vous avez rempli le formulaire et l'avez sauvegardé en format PDF, veuillez l'envoyer par courriel en pièce jointe à recalculation@gov.sk.ca ou l'imprimer et le poster à :

Child Support Recalculation Service / Service des recalculs d'aliments pour enfants
3085, rue Albert, bureau 323
REGINA SK S4S 0B1



Department of Justice
Canada

Ministère de la Justice
Canada