|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | Formule 27 : Demande d’état financier |
|  |       |
| **situé(e) au** |
|  | Adresse du greffe |
| Bénéficiaire(s) |
| Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |  | Nom et adresse de l’avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |
|       |  |       |
|  |
| Payeur ou payeuse |
| Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |  | Nom et adresse de l’avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant). |
|       |  |       |
|  |
| **À :** *(nom de la partie)* |       |
| Je prétends que vous avez omis d’effectuer des paiements prévus par une ordonnance ou un contrat familial, dont une copie est jointe au présent avis. |
| **VOUS DEVEZ PRÉPARER UN ÉTAT FINANCIER** (formule 13) dans les 15 jours de la signification du présent avis. Un exemplaire de la formule d’état financier devrait accompagner celui-ci ou y être joint. S’il ne l’est pas, communiquez avec votre avocat ou le greffe immédiatement. |
| **VOUS DEVEZ ENVOYER PAR LA POSTE** votre état financier dûment rempli, d’ici 15 jours, à *(personne et adresse)* |
|       |
| **SI, CONTRAIREMENT AU PRÉSENT AVIS, VOUS N’ENVOYEZ PAS PAR LA POSTE L’ÉTAT FINANCIER DÛMENT REMPLI, LE TRIBUNAL PEUT VOUS ORDONNER DE LE FAIRE ET VOUS CONDAMNER AUX DÉPENS. SI VOUS N’OBSERVEZ PAS L’ORDONNANCE, LE TRIBUNAL PEUT RENDRE UNE ORDONNANCE D’EMPRISONNEMENT CONTRE VOUS.** |
|  |  |       |
| Signature |  | Date de la signature |