|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe |
| (Nom du tribunal) | Formule 27A : Demande d’état des revenus |
|  |       |
| **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 et adresse de la source de revenu)* |  |
|       |
| Je prétends que le payeur ou la payeuse a omis d’effectuer des paiements prévus par une ordonnance ou un contrat familial. |
| **VOUS DEVEZ PRÉPARER UN ÉTAT DES REVENUS** selon la formule 27B concernant le payeur ou la payeuse mentionné(e) plus haut. Un exemplaire de l’état des revenus devrait accompagner le présent avis ou y être joint. S’il ne l’est pas, communiquez avec votre avocat ou le greffe immédiatement. |
| **VOUS DEVEZ ENVOYER PAR LA POSTE** l’état des revenus dûment rempli, dans les 10 jours de la signification du présent avis, à *(personne et adresse)* |
|       |
| **SI, CONTRAIREMENT AU PRÉSENT AVIS, VOUS N’ENVOYEZ PAS PAR LA POSTE L’ÉTAT DES REVENUS DÛMENT REMPLI, LE TRIBUNAL PEUT VOUS ORDONNER DE LE FAIRE ET VOUS CONDAMNER AUX DÉPENS.** |
|  |  |       |
| Signature |  | Date de la signature |