|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe      |
| (Nom du tribunal) | Formule 27B : État des revenus versés parla source de revenu |
|  |       |
| **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). |
|       |  |       |
|  |
| **1.** | Je m’appelle *(nom et prénom officiels)* |       |
| **2.** | [ ]  | Je suis | [ ]  | une source de revenu du payeur ou de la payeuse. |
|  |  | [ ]  | un(e) employé(e) d’une source de revenu du payeur ou de la payeuse. |
|  |  | [ ]  | *(Autre. Précisez)* |       |
|  | ***OU*** |
|  | [ ]  | Ni moi-même ni l’organisation pour laquelle je travaille ne constituons une source de revenu du payeur ou de la payeuse pour les raisons suivantes : |
|  |  | [ ]  | aucune somme d’argent n’est due au payeur ou à la payeuse pour une raison mentionnée au point 3 ci-dessous. |
|  |  | [ ]  | le payeur ou la payeuse n’a jamais travaillé pour moi ou mon organisation. |
|  |  | [ ]  | le payeur ou la payeuse a travaillé pour moi ou mon organisation, mais a cessé de travailler le  |
|  |  |  | (date) |       |  |
|  |  | [ ]  | *(Autre. Précisez.)* |       |
| Biffez le point 3 si vous n’êtes pas une source de revenu. |
| **3.** | Je dois de l’argent au payeur ou à la payeuse à l’un ou l’autre de titres suivants : *(cochez une ou plusieurs cases ci-dessous)* |
|  | [ ]  | rémunération ou salaire de |       | $ par |       |
|  | [ ]  | heures supplémentaires qui, au cours des 6 derniers mois, s’élevaient à |       | $. |
|  | [ ]  | commission, prime, allocation à la pièce ou autre paiement lié au rendement qui, au cours des 6 derniers |
|  |  | mois, s’élevait à |       | $. |
|  | [ ]  | prestations versées aux termes d’un régime d’assurance accidents, invalidité ou maladie qui, au  |
|  |  | cours des 6 derniers mois, s’élevaient à |       | $. |
|  | [ ]  | pension d’invalidité, de retraite ou autre de |       | $ par |       |
|  | [ ]  | rente de |       | $ par |       |
|  | [ ]  | indemnité de vacances ou indemnité de cessation d’emploi de |       | $. |
|  | [ ]  | *(Autre. Précisez.)* |  |
|  |  |       |
|  |  |       |
| Signature |  | Date de la signature |