|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | Numéro de dossier du greffe | | |
| (Nom du tribunal) | | | | | | | | | Formule 30B :  Contestation du défaut | | |
| **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). | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | |
|  |
| **Je m’appelle***(nom et prénom officiels)* | | | | | |  | | | | | | |
| **J’habite à** *(municipalité et province)* | | | | |  | | | | | | | |
| **et que les renseignements suivants sont véridiques :** | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | Je suis la personne désignée comme payeur ou payeuse dans cette cause. | | | | | | | | | | | |
| Cochez la ou les cases appropriées et écrivez vos raisons dans l’espace réservé à cette fin. Biffez les points qui ne s’appliquent pas à vous et apposez vos initiales. | | | | | | | | | | | | |
|  | **2.** | | Je n’ai omis d’effectuer aucun paiement d’aliments contrairement à ce que laisse entendre l’état des sommes dues parce que : *(Indiquez les raisons.)* | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
|  | **3.** | | Je ne dois pas la somme indiquée dans l’état des sommes dues, mais plutôt la somme de | | | | | | | |  | $. |
|  |  | | La différence s’explique comme suit : | | | | | | | | | |
|  |  | | (Expliquez la différence s’il y en a une et si vous savez pourquoi. Si vous avez payé la somme que vous prétendez devoir ici, biffez les points 4 et 5, sinon passez au point 5 et donnez les raisons pour lesquelles vous n’avez pas payé la somme.) | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| Tracez une ligne horizontale en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 30B : | | | | Contestation du défaut | | | | | (page 2) | | | | Numéro de dossier du greffe |
|  | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **4.** | Je dois la somme indiquée dans l’état des sommes dues. | | | | | | | | | | |
|  | |  | (Passez au point 5 ci-dessous et donnez les raisons pour lesquelles vous n’avez pas payé la somme.) | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | **5.** | Les raisons pour lesquelles je n’ai pas payé la somme que je dois sont les suivantes : *(Indiquez les raisons.)* | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| Tracez une ligne horizontale en travers de tout espace laissé en blanc sur la présente page. | | | | | | | | | | | | | |
| devant moi à | | | | | | | | | | |  |  |  | | |
|  | | | | | | | |  |  | |  |  |  | | |
| municipalité | | | | | | | |  | province, État ou pays | |  |  |  | | |
| le | |  | | | |  |  | | | |  |  |  | | |
|  | | date | | | |  | *Commissaire aux affidavits (Dactylographiez le nom ou écrivez-le en caractères d’imprimerie ci-dessous si la signature est illisible)* | | | |  |  | Signature  (La présente formule doit être signée en présence d’un avocat, d’un juge de paix, d’un notaire ou d’un commissaire aux affidavits.) | | |