

Court File Number

(Name of court)

Form 27A: Request for Statement of Income

at Court office address

Recipient(s)

Full legal name & address for service — street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Lawyer's name & address — street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Payor

Full legal name & address for service — street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

Lawyer's name & address — street & number, municipality, postal code, telephone & fax numbers and e-mail address (if any).

TO: (name and address of income source)

I claim that the payor has missed payments under an order, domestic contract or paternity agreement.

YOU MUST PREPARE A STATEMENT OF INCOME in Form 27B concerning the payor named above. A blank form of statement of income should accompany or be attached to this notice. If it is missing, you should contact your own lawyer or the court office immediately.

YOU MUST MAIL the completed statement of income within 10 days of being served with this notice to (person & address)

IF YOU DO NOT MAIL THE COMPLETED STATEMENT OF INCOME AS REQUIRED BY THIS NOTICE, THE COURT MAY ORDER YOU TO DO SO AND YOU MAY THEN BE REQUIRED TO PAY THE COURT COSTS.

Signature

Date of signature

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, un contrat familial ou un accord de paternité.

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