|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |