|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ONTARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Numéro de dossier du greffe | | |
| (Nom du tribunal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Formule 27B : État des revenus versés par la 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 | | | | | | | | | | | | | | |