|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  | Numéro de dossier du greffe      |
| (Nom du tribunal) | Formule 29 : Demande de saisie-arrêt |
| **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). |
|       |  |       |
|  |
| **au greffier du tribunal :** |
| **1.** | Je suis | [ ]  | la personne qui a signé l’état des sommes dues ci-joint. |
|  |  | [ ]  | l’avocat(e) de la personne qui a signé l’état des sommes dues ci-joint. |
|  |  | [ ]  | un(e) mandataire du directeur du Bureau des obligations familiales. |
|  |  | [ ]  | (Autre. Précisez.) |  |
|  |  |  |       |
| **2.** | Je désire exécuter par saisie-arrêt la somme de |       | $, soit la somme demandée dans l’état |
|  | des sommes dues ci-joint. *(Si vous désirez recouvrer des paiements périodiques futurs ainsi que les arriérés, cochez la case ci-dessous.)* |
|  | [ ]  | Je désire également que la saisie-arrêt vise des paiements futurs de |       | $ |
|  |  | par (période) |       |  |
| **3.** | Je demande qu’un avis de saisie-arrêt distinct soit délivré et envoyé à chaque personne dont le nom figure à l’annexe de la présente formule et dont j’ai des raisons de croire qu’elle doit ou devra de l’argent au payeur ou à la payeuse selon les montants indiqués à cette annexe. |
|  |  |       |
| Signature de l’auteur(e) de la demande ou de son avocat(e) |  | Date de la signature |
| **REMARQUE :** Vous devez joindre à titre d’annexe une ou plusieurs feuilles sur lesquelles vous énumérez la ou les personnes qui doivent ou devront de l’argent au payeur ou à la payeuse. Vous devez également préparer et joindre à la présente demande un nouvel état des sommes dues selon la formule 26 (préparé au cours des 30 derniers jours) et le déposer auprès du greffier du tribunal. |
| Si | a) | d’une part, l’obligation qu’a le payeur ou la payeuse d’effectuer des paiements aux termes de l’ordonnance ou du contrat familial que vous exécutez au moyen de cette saisie-arrêt devait prendre fin ou être remplie; |
|  | b) | d’autre part, le payeur ou la payeuse ne doit plus rien aux termes de l’ordonnance ou du contrat familial. |
| ou si vous décidez simplement que vous ne désirez plus exécuter l’ordonnance ou le contrat familial au moyen de cette saisie-arrêt, vous devez immédiatement remplir un avis de suspension de la saisie-arrêt selon la formule 29I, le signifier au payeur ou à la payeuse et à chaque tiers saisi et le déposer, avec une preuve de sa signification, auprès du greffier du tribunal à l’adresse du greffe ci-dessus. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formule 29 :  | Demande de saisie-arrêt – annexe | (page |       | ) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |  |
|  |
| Nom du tiers saisi : |       |  |
| Adresse du tiers saisi : |       |  |
| Somme que le tiers saisi doit ou devra au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | sommes périodiques | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
|  | et qui sont ou seront payées le (Indiquez la fréquence des paiements. Inscrivez « Je ne sais pas » si vous ne connaissez pas la fréquence.) |
|  |       |  |
|  | [ ]  | somme forfaitaire | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
| Description de la dette dont le tiers saisi est redevable au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | salaire, commissions et autre revenu d’emploi | [ ]  | loyer |
|  | [ ]  | sommes détenues dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement | [ ]  | pension de retraite |
|  | [ ]  | (Autre. Précisez.) |
|  |  |       |
|  |
| Nom du tiers saisi : |       |  |
| Adresse du tiers saisi : |       |  |
| Somme que le tiers saisi doit ou devra au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | sommes périodiques | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
|  | et qui sont ou seront payées le (Indiquez la fréquence des paiements. Inscrivez « Je ne sais pas » si vous ne connaissez pas la fréquence.) |
|  |       |  |
|  | [ ]  | somme forfaitaire | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
| Description de la dette dont le tiers saisi est redevable au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | salaire, commissions et autre revenu d’emploi | [ ]  | loyer |
|  | [ ]  | sommes détenues dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement | [ ]  | pension de retraite |
|  | [ ]  | (Autre. Précisez.) |
|  |  |       |
|  |
| Nom du tiers saisi : |       |  |
| Adresse du tiers saisi : |       |  |
| Somme que le tiers saisi doit ou devra au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | sommes périodiques | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
|  | et qui sont ou seront payées le (Indiquez la fréquence des paiements. Inscrivez « Je ne sais pas » si vous ne connaissez pas la fréquence.) |
|  |       |  |
|  | [ ]  | somme forfaitaire | [ ]  | de |       | $ |
|  |  |  | [ ]  | dont je ne connais pas le montant |
| Description de la dette dont le tiers saisi est redevable au payeur ou à la payeuse : |
|  | [ ]  | salaire, commissions et autre revenu d’emploi | [ ]  | loyer |
|  | [ ]  | sommes détenues dans une banque, une caisse populaire ou un autre établissement | [ ]  | pension de retraite |
|  | [ ]  | (Autre. Précisez.) |
|  |  |       |