Effacer

Office of Support Enforcement (OSE)
Bureau de l'exécution des ordonnances alimentaires (BEOA)

FORMULE 1

Avis de dépôt d'une ordonnance alimentaire

(*Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires*, L.N.-B. 2005, c. S-15.35, s. 5(2))

N° du dossier de la cour : FD_____

DESTINATAIRE: DIRECTEUR DE L'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

Je suis ☐ le payeur, ☐ le bénéficiaire dans la présente affaire. (*cocher la case pertinente*)

Veuillez nous fournir vos coordonnées :

Coordonnées

Nom : _____
(Nom de famille) **(Prénom)** **(Second prénom)**

Adresse :
_____
(Numéro et nom de la rue) **(Appartement)** **(Municipalité)**

Province / État : _____ **Code postal :** _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Je désire déposer l'ordonnance alimentaire datée du _____ auprès du directeur de l'exécution des ordonnances alimentaires pour que le Bureau de l'exécution des ordonnance alimentaires (BEOA) administre le dossier et exécute l'ordonnance.

Veuillez cocher la case qui correspond à votre situation.

☐ C'est la première fois que l'ordonnance alimentaire susmentionnée est déposée auprès du BEOA pour qu'il l'exécute au Nouveau-Brunswick.

☐ Le dossier de l'ordonnance alimentaire susmentionnée a déjà été administré par le BEOA, mais l'ordonnance a été retirée le ou vers le _____ (*date*).

☐ J'ignore si cette ordonnance a été déposée auparavant.

☐ Je désire déposer une Déclaration d'arriérés.

Fait le _____ 20___.

_____ _____
Signature *Nom en lettres moulées*

REMARQUE : Le présent avis doit être envoyé au bureau du BEOA avec l'ordonnance alimentaire la plus récente enregistrée avec un tribunal du Nouveau-Brunswick et portant un numéro FD (Division de la famille).

Contactez-nous

CP 5001
Grand Falls/Grand-Sault NB
E3Z 1G1

N° sans frais
(844) 673-4499

OSE-BEOA@gnb.ca

gnb.ca/BEOA