

FORMULE 1

AVIS DE DÉPÔT D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN
(Loi sur l'exécution des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2005, c.S-15.5, art.5(2))

N° du dossier de la cour _____

DESTINATAIRE: DIRECTEUR DE L'EXÉCUTION DES ORDONNANCES DE SOUTIEN

Je suis le payeur, le bénéficiaire, un représentant du ministère du Développement social dans la présente affaire. (*cocher la case pertinente*)

Veillez nous fournir vos coordonnées:

<u>Coordonnées</u>		
Nom: _____	_____	_____
(nom de famille)	(prénom)	(second prénom)
Adresse: _____	_____	_____
(numéro et nom de la rue)	(appartement)	(municipalité)
Province / État: _____	Code postal: _____	
Téléphone: (maison) _____		

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

Veillez cocher la case qui correspond à votre situation.

- "C'est la première fois que l'ordonnance de soutien susmentionnée est déposée auprès du SOSF pour qu'il l'exécute au Nouveau-Brunswick.
- "Le dossier de l'ordonnance de soutien susmentionnée a déjà été administré par le SOSF, 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 ou livré au bureau du BEOS avec l'original ou une copie certifiée conforme de l'ordonnance de soutien.

Envoyer ce formulaire complété au BEOS	
Bureau de l'exécution des ordonnances de soutien	
C.P. 5001	
Grand-Sault NB E3Z 1G1	Téléphone : 1-844-673-4499