

Date:

FSOS Case Number / N° de dossier du SOSF: _____

Between / Entre: [APPLICANT] and/et [RESPONDENT]



To: The Director of Support Enforcement Au directeur de l'exécution des ordonnances de soutien

Notice Not to File Support Order

Demande de ne pas déposer l'ordonnance de soutien

I, the undersigned,

Je soussigné,

_____ am requesting that my support order dated _____



_____ demande par les présentes que mon ordonnance de soutien datée du _____



_____ not be filed with the Director of Support Enforcement. I acknowledge that as a result of my signing this application, the support order will not be enforced by the Family Support Orders Service (FSOS).

_____ ne soit pas déposée auprès du directeur de l'exécution des ordonnances de soutien. Je suis au courant que mon ordonnance de soutien ne sera pas exécutée par le Service des ordonnances de soutien familial (SOSF) si je signe la présente demande.



_____ (Signature of the person opting out)

_____ (Signature de la personne qui fait la demande)



_____ (Please Print Name)

_____ (Nom en lettres moulées)

Dated this ____ day of _____ 20___. Fait le ____ jour de _____ 20___. 

Note: If this form is not submitted to the above address within 8 days after a support order is filed, your order will be filed with FSOS for administration and enforcement without further notice. The support payer will be served with notice that the support order has been filed.

Remarque: Si la présente formule n'est pas reçue à l'adresse susmentionnée dans les huit jours du dépôt de l'ordonnance, votre ordonnance sera déposée sans autre avis auprès du SOSF pour qu'il administre votre dossier et exécute votre ordonnance. L'avis de dépôt de l'ordonnance de soutien sera signifié au payeur de soutien.