Effacer

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

Demande de dépenses spéciales

Les *Lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants* exigent que certains renseignements soient fournis relativement aux dépenses spéciales prévues par ordonnance (alinéa 13*e*)) : Pour utiliser ce formulaire, votre ordonnance doit comprendre les renseignements suivants :

- Les détails de chaque dépense (nous ne ferons pas exécuter les ordonnances vagues);
- Le nom de l'enfant auquel elles se rapportent;
- Le montant des dépenses ou la proportion des dépenses à payer.

Si l'ordonnance ne précise PAS clairement quelles sont les dépenses payables, le Bureau de l'exécution des ordonnances alimentaires (BEOA) ne pourra pas les exécuter.

Numéro de dossier du BEOA : SE-_____	
1. Renseignements sur le dossier *(tous les champs sont obligatoires)*	
Nom de la partie demandant remboursement des dépenses (Bénéficiaire)	Bénéficiaire paie _____%
Nom du payeur _____	Payeur paie _____%
2. Demandes de remboursement des dépenses	• Ne pas combiner plusieurs reçus sur une seule ligne • Si vous avez plus d'un type de dépense sur un même reçu, entrez chacun des types de dépense sur une ligne séparée • Date de paiement doit dater de moins de 90 jours de cette demande ou tel que spécifié dans l'ordonnance

Description de la dépense (reçu ci-joint)	Nom de l'enfant	Date de paiement (mm-jj-aaaa)	Montant payé (après remboursements)	Montant dû par l'autre partie

Attestation

i. Si mon ordonnance **nécessite que l'autre partie consente aux dépenses**, soit le BEOA a déjà le consentement dans ses dossiers, soit j'ai joint à ce formulaire le consentement écrit de l'autre partie.
ii. Si je demande le remboursement de dépenses santé/médicales, je reconnais de les avoir soumis à mon plan d'assurance (si aucun) pour remboursement.
iii. Si je demande un remboursement pour des dépenses encourues depuis plus de 30 jours, une période de remboursement plus longue pourrait s'appliquer.
iv. Je comprends que le BEOA fournira un exemplaire de ce rapport de dépenses et une copie des reçus à l'autre partie, et je n'ai pas inclus d'information personnelle supplémentaire que je ne souhaite pas partager avec l'autre partie.

_____	_____	_____
Date (mm-jj-aaaa)	Nom en lettres moulées	Signature du client(e)

Envoyer ce formulaire complété au :

Contactez-nous

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

N° sans frais
(844) 673-4499

OSE-BEOA@gnb.ca

gnb.ca/BEOA

Haut