

Article 7 – 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 13e) : 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 BEOS ne pourra pas les exécuter.

Numéro de dossier du BEOS : (OSECaseNumber)	
1. Renseignements sur le dossier (tous les champs sont obligatoires)	
Nom de la partie demandant remboursement des dépenses (« Bénéficiaire »)	Le bénéficiaire paie %
Nom du payeur	Le payeur paie %

2. Demandes de remboursement des dépenses	<ul style="list-style-type: none"> • 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 			
	Description de la dépense <i>(Inclure le reçu rattaché à la dépense décrite dans votre ordonnance)</i>	Nom de l'enfant	Date de paiement de la dépense (mm-jj-aaaa) <i>(Doit dater de moins d'un an avant cette demande)</i>	Montant payé <i>(après remboursements)</i>

3. Attestation

- i. Si mon ordonnance **nécessite que l'autre partie consente aux dépenses**, soit le BEOS 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 de santé ou dépenses médicales**, je reconnais que j'ai payé le premier 100,00 \$ par enfant par année et que le(s) reçu(s) ci-joint(s) peuvent être exécuté(s) par le BEOS.
- 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 BEOS 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 ou de la cliente

***Faire parvenir le formulaire rempli et les copies des reçus à l'adresse suivante :
Case postale 5001, Grand-Sault (N.-B.) E3Z 1G1, ou envoyer par télécopieur au 506-475-4320.***