

Remplissez la présente formule pour **ANNULER** l'autorisation d'un tiers relative à votre dossier auprès du Bureau des obligations familiales (BOF).

En remplissant cette formule, vous **METTEZ FIN** à l'accès à votre dossier auprès du BOF par un tiers. Vous pourrez établir de nouveau une autorisation d'un tiers en remplissant une nouvelle formule *Autorisation d'un tiers*.

| | | | |
|---|---------------|---|-------------------------------------|
| Nom du client ou de la cliente du BOF : | | Je suis : | |
| | | <input type="checkbox"/> le payeur ou la payeuse des aliments <input type="checkbox"/> le ou la bénéficiaire des aliments | |
| Adresse : | | App. : | Ville : |
| | | | |
| Province : | Code postal : | Téléphone au travail ou cellulaire : | Pays : (si à l'extérieur du Canada) |
| | | | |
| Numéro de cas du BOF : | | | |
| | | | |

En apposant ma signature au bas de la formule, j'accepte les conditions suivantes :

1. Je comprends qu'en remplissant et en signant la présente formule, je demande au BOF d'**ANNULER** l'*Autorisation d'un tiers* que je lui avais expédiée et de **METTRE FIN** à l'accès à mon dossier par un tiers.
2. Je comprends qu'à partir du moment où le BOF aura traité ma demande d'*Annulation de l'autorisation d'un tiers*, je serai la seule personne à recevoir des renseignements du BOF concernant mon dossier ou à lui en fournir.
3. Je comprends que je devrai remplir et envoyer au BOF une nouvelle formule *Autorisation d'un tiers* avant qu'un tiers puisse avoir accès à TOUT renseignement concernant mon dossier auprès du BOF.
4. Je comprends que le BOF pourra, s'il le juge nécessaire, m'appeler pour confirmer verbalement l'*Annulation de l'autorisation d'un tiers* avant de mettre fin à l'accès à mon dossier par un tiers.

Apposez votre signature et inscrivez la date ci-dessous.

Retournez la formule dûment remplie au BOF, par la poste ou par télécopieur.

| | |
|---|---|
| Signature du client ou de la cliente du BOF : | Date : (JJ/MM/AAAA) |
| | |
| Retournez la formule dûment remplie à l'adresse suivante : | Retournez la formule dûment remplie par télécopieur : |
| Bureau des obligations familiales C.P. 220 Downsview ON M3M 3A3 | 416 240-2401 |