

- La présente formule doit être remplie par le payeur de la pension alimentaire ou un tiers autorisé **UNIQUEMENT** si cette personne estime que l'exécution de l'obligation alimentaire aurait dû cesser.
- Veuillez prendre note qu'un *tiers autorisé* ne peut remplir cette formule que si le Bureau des obligations familiales (BOF) a une formule « [Autorisation d'un tiers](#) » dûment remplie dans ses dossiers.

N° de cas du BOF :

Je suis :

 La personne qui verse la pension alimentaire Un tiers autorisé*

* Veuillez indiquer votre nom et vos coordonnées ci-dessous

***Renseignements sur le tiers autorisé : (s'il y a lieu)**

*Nom du tiers autorisé :		*Adresse du tiers autorisé :	
Ville :		Province :	Code postal :
*Tél. à la maison :	Tél. au travail ou cellulaire :	Courriel :	

Renseignements sur le payeur de la pension alimentaire :

Nom du payeur de la pension alimentaire :		Adresse :	
Ville :		Province :	Code postal :
*Tél. à la maison :	Tél. au travail ou cellulaire :	Courriel :	

Renseignements sur le ou la bénéficiaire de la pension alimentaire :

Nom du ou de la bénéficiaire de la pension alimentaire :		Adresse :	
Ville :		Province :	Code postal :
*Tél. à la maison :	Tél. au travail ou cellulaire :	Courriel :	

Attention : Assurez-vous de remplir les deux pages de cette formule.

N° de cas du BOF :

***Renseignements sur le genre d'ordonnance alimentaire**

Genre d'ordonnance alimentaire : <input type="checkbox"/> pour conjoint <input type="checkbox"/> pour enfants	Date de l'ordonnance : (JJ/MM/AAAA)	Date à laquelle l'exécution de l'ordonnance aurait dû cesser : (JJ/MM/AAAA)
--	--------------------------------------	---

Raison pour laquelle l'exécution de l'ordonnance aurait dû cesser :

Ordonnance alimentaire pour enfants seulement :

Ordonnance alimentaire pour enfants seulement : veuillez inscrire ci-dessous le nom et la date de naissance de chaque enfant pour lequel l'exécution de l'ordonnance alimentaire aurait dû cesser.

Nom de l'enfant :	Date de naissance :	L'enfant vit actuellement avec :
Nom de l'enfant :	Date de naissance :	L'enfant vit actuellement avec :
Nom de l'enfant :	Date de naissance :	L'enfant vit actuellement avec :

Signature :

Nom du payeur de la pension alimentaire ou du tiers autorisé * (en lettres moulées) :	Signature du payeur de la pension alimentaire ou du tiers autorisé * :	Date : (JJ/MM/AAAA)
---	--	----------------------