



**NEW BRUNSWICK
REGULATION 2004-4**

under the

**INTERJURISDICTIONAL
SUPPORT ORDERS ACT
(O.C. 2004-22)**

**RÈGLEMENT DU
NOUVEAU-BRUNSWICK 2004-4**

établi en vertu de la

**LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT ET
L'EXÉCUTION RÉCIPROQUE
DES ORDONNANCES DE SOUTIEN
(D.C. 2004-22)**

Filed January 28, 2004

Déposé le 28 janvier 2004

Regulation Outline

Sommaire

Citation 1
 Definitions 2
 Act — Loi
 child support guidelines — lignes directrices en matière de
 soutien pour enfants 3
 Support application 4
 Support variation application 5
 Further information 6
 Forwarding of documents 7
 Notice of hearing 8
 Foreign orders 9
 Conversion of foreign currency 10
 Commencement 10
 Forms

Citation 1
 Définitions 2
 lignes directrices en matière de soutien pour enfants —
 child support guidelines
 Loi — Act 3
 Demande de soutien 4
 Demande de modification d'une ordonnance de soutien 5
 Renseignements supplémentaires 6
 Envoi de documents 7
 Avis d'audience 8
 Ordonnances étrangères 9
 Conversion de monnaie étrangère 10
 Entrée en vigueur 10
 Formules

Under subsection 43(3) of the *Interjurisdictional Support Orders Act*, the Lieutenant-Governor in Council makes the following Regulation:

Citation

1 This Regulation may be cited as the *Procedural Regulation - Interjurisdictional Support Orders Act*.

Definitions

2 The following definitions apply in this Regulation.

“Act” means the *Interjurisdictional Support Orders Act*. (*Loi*)

“child support guidelines” means the Federal Guidelines adopted by New Brunswick Regulation 98-27 under the *Family Services Act*. (*lignes directrices en matière de soutien pour enfants*)

Support application

3(1) A support application under subsection 5(2) of the Act shall be in Form 1.

3(2) The following forms are prescribed for the purposes of paragraph 5(2)(e) of the Act:

- (a) Identification Information - Form 2;
- (b) Evidence of Parentage - Form 3;
- (c) Statements to Support a Declaration of Biological Parentage - Form 4;
- (d) Child Support Claim - Form 5;
- (e) Request for Support Order if Respondent Does Not Provide Financial Information - Form 6;

En vertu du paragraphe 43(3) de la *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien*, le lieutenant-gouverneur en conseil établit le règlement suivant :

Citation

1 Le présent règlement peut être cité sous le titre : *Règlement de procédure - Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien*.

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« lignes directrices en matière de soutien pour enfants » Les lignes directrices fédérales adoptées par le Règlement du Nouveau-Brunswick 98-27 établi en vertu de la *Loi sur les services à la famille*. (*child support guidelines*)

« Loi » La *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien*. (*Act*)

Demande de soutien

3(1) Une demande de soutien en vertu du paragraphe 5(2) de la Loi doit être faite au moyen de la Formule 1.

3(2) Les formules suivantes sont prescrites aux fins de l'alinéa 5(2)e) de la Loi :

- a) Renseignements d'identification - Formule 2;
- b) Preuve de filiation - Formule 3;
- c) Attestations pour appuyer la déclaration de filiation biologique - Formule 4;
- d) Demande de soutien pour enfants - Formule 5;
- e) Demande d'ordonnance de soutien si le défendeur ne fournit pas d'information financière - Formule 6;

(f) Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount - Form 7;

(g) Special Expense Claim - Form 8;

(h) Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount - Form 9;

(i) Support for Claimant/Applicant - Form 10;

(j) Financial Statement - Form 11;

(k) Child's Status and Financial Statement - Form 12.

3(3) When submitting a support application under subsection 6(1) of the Act, a claimant shall submit the application to the court administrator in the judicial district in which the claimant ordinarily resides.

Support variation application

4(1) A support variation application under subsection 23(2) of the Act shall be in Form 1.

4(2) The following forms are prescribed for the purposes of paragraph 23(2)(f) of the Act:

(a) Identification Information - Form 2;

(b) Evidence of Parentage - Form 3;

(c) Statements to Support a Declaration of Biological Parentage - Form 4;

(d) Child Support Claim - Form 5;

f) Demande de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices - Formule 7;

g) Demande de dépenses spéciales - Formule 8;

h) Demande en vue de verser un soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices - Formule 9;

i) Soutien pour le demandeur / requérant - Formule 10;

j) Déclaration financière - Formule 11;

k) Statut de l'enfant et déclaration financière - Formule 12.

3(3) Lorsqu'un demandeur présente une demande de soutien en vertu du paragraphe 6(1) de la Loi, il doit présenter la demande à l'administrateur de la cour de la circonscription judiciaire où il réside habituellement.

Demande de modification d'une ordonnance de soutien

4(1) Une demande de modification d'une ordonnance de soutien en vertu du paragraphe 23(2) de la Loi doit être faite au moyen de la Formule 1.

4(2) Les formules suivantes sont prescrites aux fins de l'alinéa 23(2)f) de la Loi :

a) Renseignements d'identification - Formule 2;

b) Preuve de filiation - Formule 3;

c) Attestations pour appuyer la déclaration de filiation biologique - Formule 4;

d) Demande de soutien pour enfants - Formule 5;

(e) Request for Support Order if Respondent Does Not Provide Financial Information - Form 6;

(f) Request for Child Support Different From Child Support Guidelines Table Amount - Form 7;

(g) Special Expense Claim - Form 8;

(h) Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount - Form 9;

(i) Support for Claimant/Applicant - Form 10;

(j) Financial Statement - Form 11;

(k) Child's Status and Financial Statement - Form 12; and

(l) Evidence to Support Variation of Support Order - Form 13.

4(3) When submitting a support variation application under subsection 24(1) of the Act, an applicant shall submit the application to the court administrator in the judicial district in which the applicant ordinarily resides.

4(4) Upon receiving a support variation application in accordance with subsection (3), a court administrator shall forward the application to a designated authority.

Further information

5(1) If a claimant is required to provide further information to a court administrator under subsection 6(3) of the Act, the claimant shall provide the information in an affidavit sworn to or solemnly affirmed by the claimant.

5(2) If an applicant is required to provide further information to a court administrator under subsection 24(3) of the Act, the applicant shall provide the

e) Demande d'ordonnance de soutien si le défendeur ne fournit pas d'information financière - Formule 6;

f) Demande de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices - Formule 7;

g) Demande de dépenses spéciales - Formule 8;

h) Demande en vue de verser un soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices - Formule 9;

i) Soutien pour le demandeur / requérant - Formule 10;

j) Déclaration financière - Formule 11;

k) Statut de l'enfant et déclaration financière - Formule 12;

l) Preuve à l'appui d'une modification d'une ordonnance de soutien - Formule 13.

4(3) Lorsqu'un requérant présente une demande de modification d'une ordonnance de soutien en vertu du paragraphe 24(1) de la Loi, il doit présenter la demande à l'administrateur de la cour de la circonscription judiciaire où il réside habituellement.

4(4) Dès que l'administrateur de la cour reçoit une demande de modification d'une ordonnance de soutien conformément au paragraphe (3), il doit envoyer la demande à une autorité désignée.

Renseignements supplémentaires

5(1) Si un demandeur doit fournir des renseignements supplémentaires à un administrateur de la cour en vertu du paragraphe 6(3) de la Loi, il doit fournir les renseignements au moyen d'un affidavit fait sous serment ou par affirmation solennelle.

5(2) Si un requérant doit fournir des renseignements supplémentaires à un administrateur de la cour en vertu du paragraphe 24(3) de la Loi, il doit

information in an affidavit sworn to or solemnly affirmed by the applicant.

5(3) A request for further information under paragraph 10(2)(a) or 28(2)(a) of the Act shall be in Form 14.

Forwarding of documents

6(1) If a designated authority is required to provide or forward documents under subsection 6(4), 17(2) or 24(4) of the Act, the designated authority shall provide or forward the documents by ordinary mail.

6(2) If a court administrator is required to forward documents under subsection 6(5) or 24(5) of the Act, the court administrator shall forward the documents by ordinary mail.

6(3) If a court administrator is required to forward a copy of an order under subsection 14(2) of the Act, the court administrator shall forward the copy by

(a) personal service in accordance with Rule 18 of the Rules of Court, or

(b) registered mail.

6(4) If a document is required to be provided to a party or a designated authority under subsection 19(6) of the Act, it shall be provided by ordinary mail.

Notice of hearing

7(1) A designated authority shall serve the documents referred to in subsections 9(1) and 27(1) of the Act by personal service in accordance with Rule 18 of the Rules of Court, and proof of service shall be given in accordance with that Rule.

7(2) The notice required under paragraphs 9(1)(b) and 27(1)(b) of the Act shall be in Form 15.

fournir les renseignements au moyen d'un affidavit fait sous serment ou par affirmation solennelle.

5(3) Une demande de renseignements supplémentaires en vertu de l'alinéa 10(2)a) ou 28(2)a) de la Loi doit être faite au moyen de la Formule 14.

Envoi de documents

6(1) Si une autorité désignée doit fournir ou envoyer des documents en vertu du paragraphe 6(4), 17(2) ou 24(4) de la Loi, il doit les fournir ou les envoyer par courrier ordinaire.

6(2) Si un administrateur de la cour doit envoyer des documents en vertu du paragraphe 6(5) ou 24(5) de la Loi, il doit les envoyer par courrier ordinaire.

6(3) Si un administrateur de la cour doit envoyer une copie d'une ordonnance en vertu du paragraphe 14(2) de la Loi, il doit envoyer la copie par

a) signification personnelle conformément à la Règle 18 des Règles de procédure, ou

b) courrier recommandé.

6(4) Si un document doit être fourni à une partie ou à une autorité désignée en vertu du paragraphe 19(6) de la Loi, il doit être fourni par courrier ordinaire.

Avis d'audience

7(1) Une autorité désignée doit signifier les documents visés aux paragraphes 9(1) et 27(1) de la Loi par signification personnelle conformément à la Règle 18 des Règles de procédure, et la preuve de la signification doit être donnée conformément à cette règle.

7(2) L'avis requis en vertu des alinéas 9(1)b) et 27(1)b) de la Loi doit être fait au moyen de la Formule 15.

7(3) The following documents are prescribed for the purposes of subparagraphs 9(1)(b)(ii) and 27(1)(b)(ii) of the Act:

(a) Respondent's Answer to Application - Form 16; and

(b) Financial Statement - Form 11.

7(4) The documents prescribed by subsection (3) shall be completed by the respondent and filed with the New Brunswick court within 20 days after the respondent has been served in accordance with subsection (1).

Foreign orders

8(1) A court administrator shall provide notice of the registration of a foreign order by registered mail.

8(2) The Notice of Application (Form 73A) of the Rules of Court is prescribed for the purposes of applying to a New Brunswick court under subsection 19(2) of the Act to set aside the registration of a foreign order.

Conversion of foreign currency

9(1) For the purposes of section 38 of the Act, a court administrator shall convert the amount of support into Canadian currency by using the rate of exchange that was applicable on the date and at the time the support order was made or last varied or the application was prepared.

9(2) A court administrator shall obtain the applicable rate of exchange under subsection (1) from any chartered bank.

Commencement

10 *This Regulation comes into force on February 1, 2004.*

7(3) Les documents suivants sont prescrits aux fins des sous-alinéas 9(1)b(ii) et 27(1)b(ii) de la Loi :

a) Réponse du défendeur à la demande - Formule 16; et

b) Déclaration financière - Formule 11.

7(4) Les documents prescrits en vertu du paragraphe (3) doivent être remplis par le défendeur et déposés auprès du tribunal du Nouveau-Brunswick dans les vingt jours de leur signification au défendeur conformément au paragraphe (1).

Ordonnances étrangères

8(1) Un administrateur de la cour doit fournir un avis de l'enregistrement d'une ordonnance étrangère par courrier recommandé.

8(2) Un avis de requête (Formule 73A) des Règles de procédure est prescrit pour faire la demande, à un tribunal du Nouveau-Brunswick, en vue de faire annuler l'enregistrement d'une ordonnance étrangère en vertu du paragraphe 19(2).

Conversion de monnaie étrangère

9(1) Aux fins de l'article 38 de la Loi, un administrateur de la cour doit faire la conversion du montant de soutien en monnaie canadienne en utilisant le taux de change qui était applicable au jour et à l'heure où l'ordonnance de soutien a été rendue ou modifiée la dernière fois ou que la demande a été faite.

9(2) Un administrateur de la cour doit obtenir d'une banque à charte le taux de change applicable en vertu du paragraphe (1).

Entrée en vigueur

10 *Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} février 2004.*

blank / en blanc

FORM 1**SUPPORT APPLICATION/SUPPORT VARIATION APPLICATION**
(*Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2), 23(2))

Court File #: _____

Court Location: _____

REMO/RESO/ISO # _____

Office use only

This is a:

- SUPPORT APPLICATION, or**
 SUPPORT VARIATION APPLICATION

This application is made pursuant to the *Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.B. 2002, c.I-12.05.

Person applying for an order:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Province and Postal Code)		(daytime telephone number)
(Mailing Address, if different from street address)		(fax number)
This is: <input type="checkbox"/> my own address, or <input type="checkbox"/> c/o my lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

Person responding to this application (the respondent) is:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Province and Postal Code)		(daytime telephone number)
(Mailing Address, if different from street address)		(fax number)
This is: <input type="checkbox"/> home address, or <input type="checkbox"/> c/o a lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

FORMULE 1

DEMANDE DE SOUTIEN / DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN
(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2) et 23(2))

N° du dossier du tribunal : _____
Emplacement du tribunal : _____
N° EROA/OAER/ISO : _____
Réservé à l'administration

Cette formule est une :

- DEMANDE DE SOUTIEN** ou
 DEMANDE DE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN

Cette demande est présentée en vertu de la *Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien*, L.N.-B. 2002, c.I-12.05.

Personne présentant une demande d'ordonnance :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville / village)		
(Province et code postal)		(Numéro de téléphone, jour)
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)		(Numéro de télécopieur)
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> ma propre adresse, ou <input type="checkbox"/> a/s de mon avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

La partie défenderesse à l'encontre de qui on demande l'ordonnance (le défendeur) est :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville / village)		
(Province et code postal)		(Numéro de téléphone, jour)
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)		(Numéro de télécopieur)
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> son adresse résidentielle, ou <input type="checkbox"/> a/s de son avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

A government or government agency may wish to be informed of and/or participate in this application (if its laws allow) because: I am receiving social assistance, or The respondent is/may be receiving social assistance now, or has in the past

I ask the Court to include in its order:

For SUPPORT

- A determination that the respondent is the parent of the child(ren) named in this application.
- Child support. If the respondent does not file sufficient financial information, or respond, a child support order for a total of \$_____ per month, starting as of _____.
- That the respondent obtain and maintain medical and/or dental insurance coverage for the child(ren) and/or myself.
- Support for myself of \$_____ per month starting as of _____.
- Other (specify): _____.

I ask the Court to include in its order:

For SUPPORT VARIATION

- A variation in the amount of support in the current support order or agreement, from \$_____ per month, to \$_____.
- A variation in the amount of unpaid support arrears owing under the current support order(s) or agreement(s), and that the arrears be fixed at \$_____ as of _____.
- The termination of the obligation to pay support for (name) _____, as of _____.
- Other (specify): _____.

Legal Authority on which my application is based: (check one)

- A copy of the statute or legal authority is attached. I ask the Court to take notice of it when making its order.
- I rely on the law of the jurisdiction hearing this case.

Case History: Previous Court Orders or Agreements: (check all that apply)

- There are no court orders or agreements involving the respondent, the child(ren) and me.
- There are court order(s) involving the respondent, the child(ren) and me. A copy of each court order is attached.
- There is a written agreement involving the respondent, the child(ren) and me. A copy of the agreement, and any changes to it, is attached.
- There is no divorce action in progress.
- There is a divorce action in progress. It does not include a claim for support.
- A divorce judgment has been issued; it does not deal with support. A copy is attached.

Family History: (check all that apply)

- The respondent and I never lived together.
- The respondent and I have a child or children together.
- The respondent and I started living together on _____.
- The respondent and I were married on _____.
- The respondent and I entered into a registered, legally-recognized relationship other than a marriage on _____.

Un gouvernement ou un organisme gouvernemental pourrait souhaiter être informé de cette demande ou y participer (si les lois le permettent) car : Je reçois de l'aide sociale, ou le défendeur reçoit ou reçoit peut-être de l'aide sociale, ou en a déjà reçu.

Je demande au tribunal d'inclure dans son ordonnance :
de SOUTIEN

- Une déclaration selon laquelle le défendeur est le parent de l'enfant ou des enfants nommés dans la présente demande.
- Un soutien pour enfants. Si le défendeur ne donne pas suffisamment d'information financière, ou s'il ne dépose pas une réponse, une ordonnance de soutien pour enfants d'un montant total de _____ \$ par mois, à compter du _____.
- L'obligation voulant que le défendeur contracte et maintienne une assurance médicale et/ou dentaire au profit de l'enfant ou des enfants et/ou de moi-même.
- Un soutien pour moi-même de _____ \$ par mois à compter du _____.
- Autre (préciser) :

Je demande au tribunal d'inclure dans son ordonnance :
de MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN

- Une modification au montant du soutien prévu dans l'ordonnance de soutien ou l'entente actuellement en vigueur, pour que celui-ci passe de _____ \$ par mois à _____ \$ par mois.
- Une modification au montant des arriérés de soutien exigibles en vertu d'une ordonnance ou de l'entente ou des ordonnances ou ententes actuellement en vigueur, et que lesdits arriérés soient établis à _____ \$ à compter du _____.
- L'expiration de l'obligation de verser un soutien à (nom) _____, à compter du _____.
- Autre (préciser) :

Dispositions législatives qui servent de fondement à ma demande (cocher la case appropriée) :

- J'ai joint à la présente demande une copie des dispositions législatives ou d'un autre texte juridique. Je demande au tribunal d'en prendre connaissance au moment de rendre son ordonnance.
- Je m'appuie sur le droit de l'État, de la province ou du territoire où ma demande sera entendue.

Dossier personnel : Ordonnances d'un tribunal ou ententes antérieures (cocher les cases applicables) :

- Il n'existe aucune ordonnance d'un tribunal ou entente visant le défendeur, l'enfant/les enfants et moi-même.
- Il existe une ou des ordonnance(s) d'un tribunal visant le défendeur, l'enfant/les enfants et moi-même. Vous trouverez ci-joint une copie de chaque ordonnance du tribunal.
- Il existe une entente écrite visant le défendeur, l'enfant/les enfants et moi-même. Vous trouverez ci-joint une copie de l'entente, et tout changement s'y rapportant.
- Il n'y a pas d'action en divorce en cours.
- Il y a une action en divorce en cours. Elle ne comprend pas de demande de soutien.
- Un jugement de divorce a été rendu; il ne traite pas du soutien. Vous trouverez ci-joint une copie.

Antécédents familiaux (cocher les cases applicables) :

- Le défendeur et moi-même n'avons jamais vécu ensemble.
- Le défendeur et moi-même avons eu un ou des enfants(s) ensemble.
- Le défendeur et moi-même avons commencé à vivre ensemble le _____.
- Le défendeur et moi-même nous sommes mariés le _____.
- Le défendeur et moi-même avons vécu dans une relation enregistrée et reconnue juridiquement, autre que le mariage, depuis le _____.

- The respondent and I separated on _____.
- The respondent and I were divorced by a judgment dated _____.

The following documents are attached to and form part of the evidence in this application:

(check all that apply)

Office use only

For Support and Support Variation applications		
<input checked="" type="checkbox"/>	Identification Information (required)	Form 2
<input type="checkbox"/>	Evidence of Parentage	Form 3
<input type="checkbox"/>	Statements to Support a Declaration of Biological Parentage (disputed)	Form 4
<input type="checkbox"/>	Child Support Claim	Form 5
<input type="checkbox"/>	Request for Support Order if Respondent Does Not Provide Financial Information	Form 6
<input type="checkbox"/>	Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount	Form 7
<input type="checkbox"/>	Special Expense Claim	Form 8
<input type="checkbox"/>	Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount	Form 9
<input type="checkbox"/>	Support for Claimant/Applicant	Form 10
<input type="checkbox"/>	Financial Statement	Form 11
<input type="checkbox"/>	Child's Status and Financial Statement	Form 12
<input type="checkbox"/>	Evidence to Support Variation of Support Order	Form 13
Other Documents attached		
<input type="checkbox"/>	Statutory or Legal Authority for application	
<input type="checkbox"/>	All Support Orders or Written Agreements between the parties, or relating to any child for whom support is claimed	
<input type="checkbox"/>	Documents required by the jurisdiction hearing this application	
<input type="checkbox"/>	Other (list)	
<input type="checkbox"/>		

- Le défendeur et moi-même nous sommes séparés le _____.
- Le défendeur et moi-même sommes divorcés en vertu d'un jugement rendu le _____.

Les documents suivants sont joints à la présente demande et font partie de la preuve présentée à l'appui de cette demande :

<i>(cocher les cases applicables)</i>		Réservé à l'administration	
Pour le soutien et les modifications d'une ordonnance de soutien			
<input checked="" type="checkbox"/>	Renseignements d'identification (obligatoire)	Formule 2	
<input type="checkbox"/>	Preuve de filiation	Formule 3	
<input type="checkbox"/>	Attestations pour appuyer la déclaration de filiation biologique (contestée)	Formule 4	
<input type="checkbox"/>	Demande de soutien pour enfants	Formule 5	
<input type="checkbox"/>	Demande d'ordonnance de soutien si le défendeur ne fournit pas d'information financière	Formule 6	
<input type="checkbox"/>	Demande de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices	Formule 7	
<input type="checkbox"/>	Demande de dépenses spéciales	Formule 8	
<input type="checkbox"/>	Demande en vue de verser un soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices	Formule 9	
<input type="checkbox"/>	Soutien pour le demandeur / requérant	Formule 10	
<input type="checkbox"/>	Déclaration financière	Formule 11	
<input type="checkbox"/>	Statut de l'enfant et déclaration financière	Formule 12	
<input type="checkbox"/>	Preuves à l'appui d'une modification d'une ordonnance de soutien	Formule 13	
Autres documents joints			
<input type="checkbox"/>	Dispositions législatives ou textes juridiques à l'appui de la demande		
<input type="checkbox"/>	Toutes les ordonnances de soutien ou ententes écrites conclues entre les parties, ou visant un enfant à l'égard duquel du soutien est demandé		
<input type="checkbox"/>	Documents demandés par l'État, la province ou le territoire où la demande sera entendue		
<input type="checkbox"/>	Autre (énumérer)		
	<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	

I, _____, make oath or solemnly affirm and say that the information and facts contained in this application, including the attached forms, are true. I am making this application in good faith.

SWORN TO OR SOLEMNLY AFFIRMED BEFORE ME

At the _____ of _____

In the Province/Territory of _____

On _____, 200__.

A Commissioner of Oaths or Notary

Signature of Claimant/Applicant

<input type="checkbox"/>	

Je soussigné, _____, déclare sous la foi du serment ou affirme solennellement que les renseignements et les faits contenus dans la présente demande, y compris les formules jointes, sont véridiques. Je présente cette demande de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU PAR AFFIRMATION
SOLENNELLE DEVANT MOI

Lieu : _____

Province/territoire : _____

Date : _____

Commissaire aux serments ou notaire

Signature du demandeur / requérant

FORM 2**IDENTIFICATION INFORMATION***(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))***1. INFORMATION ABOUT ME**

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	SOCIAL INSURANCE #	SEX	DATE OF BIRTH
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DAY MONTH YEAR

2. CHILD(REN) (if there are more than four children, attach additional page)

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	Province/Territory/State of residence (last 6 mos)	Sex of child	DATE OF BIRTH
					DAY MONTH YEAR
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. INFORMATION ABOUT THE RESPONDENT (the other person)

LAST NAME	FIRST	MIDDLE	SOCIAL INSURANCE #	SEX	DATE OF BIRTH
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DAY MONTH YEAR
ALIASES/OTHER NAMES USED		HEALTHCARE NUMBER		PERSON RESPONDENT LIVING WITH (spouse, common-law, or other partner)	
OTHER IDENTIFICATION NUMBERS				RESPONDENT'S MOTHER'S MAIDEN (BIRTH) NAME	
CURRENT, OR LAST KNOWN ADDRESS (STREET & NUMBER)			CITY	THE RESPONDENT'S ADDRESS IS: <input type="checkbox"/> CURRENT, or <input type="checkbox"/> AS OF (date):	
PROVINCE / TERRITORY / STATE COUNTRY POSTAL / ZIP CODE				AREA CODE & TELEPHONE NUMBER – HOME	
<input type="checkbox"/> CURRENT, OR <input type="checkbox"/> LAST KNOWN EMPLOYER			USUAL OCCUPATION (INCLUDE UNION & LOCAL, TRADE OR PROFESSIONAL MEMBERSHIP)		

FORMULE 2**RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

1. RENSEIGNEMENTS SUR MOI-MÊME

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE	DATE DE NAISSANCE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE

2. ENFANT(S) (S'il y a plus de quatre enfants, veuillez joindre une page supplémentaire)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	Province/Territoire/État de résidence (au cours des 6 derniers mois)	Sexe de l'enfant	DATE DE NAISSANCE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE
1.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4.				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉFENDEUR (l'autre personne)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DEUXIÈME PRÉNOM	N° D'ASSURANCE SOCIALE	SEXE	DATE DE NAISSANCE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE
PSEUDONYMES / AUTRES NOMS UTILISÉS		NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE		PERSONNE AVEC QUI VIT LE DÉFENDEUR (époux, épouse, conjoint de fait ou autre partenaire)	
AUTRES NUMÉROS D'IDENTIFICATION				NOM DE JEUNE FILLE DE LA MÈRE DU DÉFENDEUR	
ADRESSE ACTUELLE OU DERNIÈRE ADRESSE CONNUE (RUE ET NUMÉRO)			VILLE	L'ADRESSE DU DÉFENDEUR EST : <input type="checkbox"/> ACTUELLE, ou <input type="checkbox"/> À PARTIR DU (date) :	
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT		PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉPHONE - RÉSIDENCE	
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR ACTUEL OU <input type="checkbox"/> DERNIER EMPLOYEUR CONNU			EMPLOI HABITUEL (COMPREND AFFILIATION SYNDICALE ET LOCALE, COMMERCIALE OU PROFESSIONNELLE)		

WORK ADDRESS (STREET & NUMBER)	CITY	AREA CODE & TELEPHONE NUMBER – WORK
PROVINCE/TERRITORY/STATE	COUNTRY	POSTAL / ZIP CODE
		AREA CODE & FAX NUMBER – WORK

4. DESCRIPTION OF RESPONDENT

HEIGHT	WEIGHT	EYE COLOUR	HAIR COLOUR	COMPLEXION	WEARS GLASSES? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	CONTACTS? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	PLACE OF BIRTH
VISIBLE DISTINGUISHING MARKS OR FEATURES (TATTOOS, BEAUTY MARKS, SCARS, ETC.)							
FRIENDS AND/OR RELATIVES WHO KNOW WHERE TO CONTACT THE RESPONDENT							
NAME	RELATION	ADDRESS	CITY	PROV/TERR/ STATE	POSTAL/ ZIP CODE	TELEPHONE NUMBER	
1.							
2.							
3.							

PHOTOGRAPH OF RESPONDENT IS NOT ATTACHED, **OR** ATTACHED.

YEAR PHOTO TAKEN: _____.

I have a Maintenance Enforcement file in my province/territory/state. File # _____

ADRESSE AU TRAVAIL (RUE ET NUMÉRO)		VILLE	INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉPHONE – TRAVAIL
PROVINCE / TERRITOIRE / ÉTAT	PAYS	CODE POSTAL	INDICATIF RÉGIONAL ET N° DE TÉLÉC. – TRAVAIL

4. DESCRIPTION DU DÉFENDEUR

GRANDEUR	POIDS	COULEUR DES YEUX	COULEUR DES CHEVEUX	COULEUR DE LA PEAU	PORTE DES LUNETTES? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N VERRES DE CONTACT? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	LIEU DE NAISSANCE
CARACTÉRISTIQUES OU MARQUES DISTINCTES ET VISIBLES (TATOUAGES, GRAINS DE BEAUTÉ, CICATRICES, ETC.)						
AMIS ET/OU PARENTS QUI SAVENT OÙ JOINDRE LE DÉFENDEUR						
NOM	LIEN	ADRESSE	VILLE	PROV./TERR./ ÉTAT	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE
1.						
2.						
3.						

LA PHOTOGRAPHIE DU DÉFENDEUR N'EST PAS JOINTE **OU** EST JOINTE

(ANNÉE DE LA PRISE DE LA PHOTO : _____)

J'ai un dossier d'exécution des ordonnances de soutien dans ma province/mon territoire/mon État.

N° de dossier : _____

FORM 3**EVIDENCE OF PARENTAGE***(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))*

I am entitled to claim support for the child named below.

I ask the Court to declare that the respondent is a parent of the child:

Full name of child (Last, First, Middle)	Child's Date of Birth (day, month, year)

I claim that the respondent is a parent of the child because *(check all that apply)*:

- The claimant and respondent were married to each other, or in a registered relationship, at the time of the child's birth.
- The marriage of the claimant and respondent ended by a divorce judgment within 300 days before the birth of the child.
- The claimant and respondent married each other after the child was born, and the respondent said he is the father.
- The respondent has said, in writing, that he is the father of the child. (copy attached)
- The respondent is registered as the father of the child on the birth registration or Vital Statistics records. (copy attached)
- The claimant and respondent lived together as a couple when the child was born, or the child was born within 300 days after the end of the relationship. The claimant and respondent had lived together as a couple for approximately _____ (years, months)
- The claimant did not have sexual intercourse with any other man during the time 30 days before to 30 days after the date the child was conceived.
- A genetic test was done to establish parentage. It shows the respondent is a parent of the child. (copy attached)
- The respondent is not a biological parent of the child, but has acted as a parent to the child.
- I believe the respondent will agree with a finding of parentage, or
- I believe the respondent may dispute parentage of the child. I attach Form 4 and additional documents to support my claim that the respondent is (or acted as) a parent of the child.

FORMULE 3**PREUVE DE FILIATION**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Je suis autorisé(e) à demander un soutien à l'égard de l'enfant nommé ci-dessous.

Je demande au tribunal de déclarer que le défendeur est un parent de l'enfant :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance de l'enfant (jour, mois, année)

J'allègue que le défendeur est un parent de l'enfant, car (*cocher les cases applicables*) :

- Le demandeur et le défendeur étaient mariés ou vivaient dans une relation enregistrée, au jour de la naissance de l'enfant.
 - Le mariage du demandeur et du défendeur a été dissout par une décision judiciaire ou par un jugement de divorce rendu dans les trois cents jours précédant la naissance de l'enfant.
 - Le demandeur et le défendeur se sont mariés après la naissance de l'enfant, et le défendeur affirme en être le père.
 - Le défendeur a affirmé, par écrit, qu'il est le père de l'enfant (copie ci-jointe).
 - Le défendeur est inscrit comme père de l'enfant sur le bulletin d'enregistrement de naissance ou sur les documents de l'état civil (copie ci-jointe).
 - Le demandeur et le défendeur vivaient en couple au moment de la naissance de l'enfant, ou l'enfant est né dans les trois cents jours qui ont suivi la fin de la relation. Le demandeur et le défendeur ont vécu en couple pendant environ _____ (années, mois).
 - Le demandeur n'a pas eu de relations sexuelles avec d'autres hommes au cours de la période débutant trente jours avant la date de la conception de l'enfant et se terminant trente jours après la date de la conception de l'enfant.
 - Un test génétique a été effectué pour établir la filiation. Ce test démontre que le défendeur est parent de l'enfant (copie ci-jointe).
 - Le défendeur n'est pas un parent biologique de l'enfant, mais a agi à titre de parent pour l'enfant.
- Je crois que le défendeur acceptera la conclusion de filiation, ou
 - Je crois que le défendeur pourrait contester la filiation de l'enfant. J'ai joint la Formule 4 et des documents supplémentaires pour appuyer mon allégation selon laquelle le défendeur est un (ou agit à titre de) parent de l'enfant.

FORM 4

STATEMENTS TO SUPPORT A DECLARATION OF BIOLOGICAL PARENTAGE
(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

I am the mother of the child named below:

Child's Full Name (Last, First, Middle)	Date of Birth (day, month, year)	Place of Birth (City, Prov/Terr, Country)
--	---	--

1. I claim that the respondent is the father of the child, because:

<i>I had sexual intercourse with the respondent:</i> (City, Prov/Terr, Country) (day, month, year OR from [date] to [date])	Full Term Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes, or <input type="checkbox"/> No (explain)
---	---

2. Other facts about my claim that the respondent is the father of the child (*check all that apply*):

a	We lived together	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Dates	to
b	I told social assistance officials that he is the father	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
c	I told him that he was the father of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
d	He is named as the father on the birth registration	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> certified copy attached	
e	He admitted being the father of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
f	He signed an acknowledgement of paternity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> certified copy attached	
g	He sent cards/letters/e-mails regarding the pregnancy and/or birth of the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> copies attached	
h	He was present when the child was born	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
i	He visited the child at the hospital following birth	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
j	He offered to pay for an abortion/medical expenses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
k	He paid for birth-related expenses	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
l	He claimed the child on tax returns	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know	
m	He has provided food, clothes, gifts, or financial support for the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
n	He lived with the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
o	He visited the child	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	
p	The child looks like him	<input type="checkbox"/> Photos attached	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3
q	There are witnesses to my relationship with him. (If Yes, list names, addresses and facts known by each person in #3)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If Yes, explain in #3	

FORMULE 4

ATTESTATIONS POUR APPUYER LA DÉCLARATION DE FILIATION BIOLOGIQUE

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Je suis la mère de l'enfant nommé ci-dessous :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance (jour, mois, année)	Lieu de naissance (ville, prov./terr., pays)
---	---------------------------------------	--

1. J'allègue que le défendeur est le père de l'enfant, car :

J'ai eu des relations sexuelles avec le défendeur : (ville, prov./terr., pays)	(jour, mois, année OU de [date] à [date])	Grossesse à terme ? <input type="checkbox"/> Oui, ou <input type="checkbox"/> Non (expliquer)
---	---	---

2. Autres faits soutenant mon allégation selon laquelle le défendeur est le père de l'enfant (cocher les cases applicables) :

a	Nous vivions ensemble.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Dates	à
b	J'ai dit aux agents de l'aide sociale qu'il est le père.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
c	Je lui ai dit qu'il était le père de l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
d	Il est désigné comme le père sur le bulletin d'enregistrement de naissance.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copie certifiée conforme ci-jointe	
e	Il a admis être le père de l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
f	Il a signé une reconnaissance de paternité.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copie certifiée conforme ci-jointe	
g	Il a envoyé des cartes / lettres / courriels / concernant la grossesse et/ou la naissance de l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> copies ci-jointes	
h	Il était présent au moment de la naissance de l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
i	Il a rendu visite à l'enfant à l'hôpital après l'accouchement.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
j	Il a offert de payer les frais médicaux / d'avortement.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
k	Il a payé les frais reliés à la naissance.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
l	Il a demandé des déductions relatives à l'enfant sur ses déclarations de revenus.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
m	Il a offert de la nourriture, des vêtements, des cadeaux ou de l'aide financière pour l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, expliquer au point 3	
n	Il a vécu avec l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, expliquer au point 3	
o	Il a rendu visite à l'enfant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, expliquer au point 3	
p	L'enfant lui ressemble <input type="checkbox"/> Photos ci-jointes.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, expliquer au point 3	
q	Il y a des témoins de ma relation avec lui. (Si oui, dresser la liste des noms, leur adresse et les faits connus par chaque personne au point 3.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, expliquer au point 3	

3. Other information in support of a declaration of parentage. Explanations for the "yes" answers in question #2 are given below. Continued on attached sheets(s)
4. I agree to cooperate with a request for genetic testing of myself to confirm parentage. I agree to make the child, if in my custody, available for genetic testing.
5. I had sexual intercourse with a man other than the respondent during the time 30 days before to 30 days after the date the child was conceived. No Yes (if yes, complete the following)
- a. The name(s) of the other man/men:
- b. The other man/men is/are blood relatives of the respondent (e.g., brother, cousin, uncle, etc.) No Yes (if yes, list relationship)
- c. I do not believe the other man/men could be the father because:
6. I was married to a man other than the respondent at the time of the child's birth. No Yes
(if yes, complete the following)
- a. Husband's name (first, middle, last) and last known address:
- b. I do not believe that the man I was married to is the father of the child because: (list reasons and attach all supporting documents, including divorce judgment, blood test results, finding of non-paternity, if any)

3. Autres renseignements pour appuyer ma déclaration de filiation. Les explications des réponses affirmatives à la question 2 sont données ci-dessous. Suite sur la ou les page(s) ci-jointe(s)
4. Je consens à coopérer à une demande de test génétique sur moi-même pour confirmer la filiation. J'accepte que l'enfant, s'il est sous ma garde, soit soumis au test génétique.
5. J'ai eu des relations sexuelles avec un homme ou d'autres hommes autres que le défendeur au cours de la période débutant trente jours avant la date de la conception de l'enfant et trente jours après la date de la conception de l'enfant.
 Non Oui (si oui, répondre aux questions suivantes)
- a. Le nom de l'autre ou des autres hommes :
- b. L'autre homme est, ou les autres hommes sont, parent(s) par le sang avec le défendeur (p. ex., frère, cousin, oncle, etc.)
 Non Oui (si oui, nommer la relation)
- c. Je ne crois pas que l'homme pourrait ou les autres hommes pourraient être le père car :
6. J'étais mariée à un homme autre que le défendeur au moment de la naissance de l'enfant Non Oui
(si oui, répondre aux questions suivantes)
- a. Nom du mari (nom de famille, prénom, deuxième prénom) et dernière adresse connue :
- b. Je ne crois pas que l'homme avec qui j'étais mariée soit le père de l'enfant car (nommer les raisons et joindre tous les documents supplémentaires à l'appui, y compris le jugement de divorce, les résultats de tests sanguins et la conclusion de non-filiation, s'il y a lieu) :

FORM 5**CHILD SUPPORT CLAIM***(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))*

I ask for support for the following children:

Full name of child (Last, First, Middle)	Child's date of birth (day, month, year)

- I ask that the amount of support be set using the child support guidelines or law of the jurisdiction where the respondent lives.

If the respondent lives in Canada:

- I ask for only the child support guidelines table amount for one or more children.
- I ask for support in an amount different from the table amount. A Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount (Form 7) is attached.
- I ask for additional support, over the table amount or an amount otherwise established. A Special Expense Claim (Form 8) is attached. I ask for additional support of \$_____.
- I ask for an order that the respondent obtain or maintain medical or dental insurance coverage for the child(ren).

FORMULE 5**DEMANDE DE SOUTIEN POUR ENFANTS**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Je demande un soutien pour les enfants suivants :

Nom de l'enfant (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Date de naissance de l'enfant (jour, mois, année)

- Je demande que le montant du soutien soit établi conformément aux lignes directrices en matière de soutien pour enfants ou au droit de l'État, de la province ou du territoire où réside habituellement le défendeur.

Si le défendeur réside au Canada :

- Je demande uniquement l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices pour un enfant ou plus.
- Je demande un soutien pour enfants dont le montant est différent de celui prévu dans les tables. La formule « Demande de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices » (Formule 7) est jointe.
- Je demande un soutien pour enfants supplémentaire, dont le montant est supérieur au montant prévu dans les tables ou aux autres montants autrement établis. Une « Demande de dépenses spéciales » (Formule 8) est jointe. Je demande un soutien pour enfants supplémentaire de _____ \$.
- Je demande une ordonnance enjoignant au défendeur de contracter et de maintenir une assurance médicale et/ou dentaire au profit de l'enfant ou des enfants.

FORM 6

**REQUEST FOR SUPPORT ORDER
IF RESPONDENT DOES NOT PROVIDE FINANCIAL INFORMATION**
(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

If the respondent does not provide sufficient, or any, financial information, I ask the Court to impute the respondent's income at \$_____ per year. My evidence for this claim is in this form.

Based on the respondent's imputed income, I ask for an order for *(check all that apply)*:

- \$_____ per month for support for myself. My financial statement is attached.
- Child support of \$_____ per month, or the amount payable under the child support guidelines table used by the Court.
- The respondent's share of special and/or extraordinary expenses. I have attached a Special Expense Claim (Form 8). A summary of my claim is:

Name of child	Type of special expense	Total \$ paid for expense (after any subsidy deducted)	\$ claimed for respondent's share of expense
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year
		<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year	<input type="checkbox"/> month, or <input type="checkbox"/> year

INFORMATION ABOUT THE RESPONDENT'S SOURCES OF INCOME:

1. I believe the respondent has an annual income of about \$_____.
2. The respondent's last known source of income is:
 - Employment (include occupation, name and address of employer, other information)
 - Self-employment (type of work, business address, any other information known)
 - Employment Insurance (list dates on EI)
 - Social assistance (list dates known)
 - Disability insurance (list dates, reason, any other information known)
 - Other (list dates, and details)

For boxes checked above, provide details of source(s) of income:

FORMULE 6**DEMANDE D'ORDONNANCE DE SOUTIEN
SI LE DÉFENDEUR NE FOURNIT PAS D'INFORMATION FINANCIÈRE***(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)*

Si le défendeur ne fournit pas assez, ou pas du tout, d'information financière, je demande au tribunal d'attribuer au défendeur un revenu estimé de _____ \$ par année. La preuve à l'appui de ma demande est contenue dans la présente formule.

D'après le revenu estimé du défendeur, je demande une ordonnance pour *(cocher les cases applicables)* :

- Un soutien de _____ \$ par mois, pour moi-même. Vous trouverez ci-joint ma déclaration financière.
- Un soutien pour enfants de _____ \$ par mois, ou le montant prévu dans les tables des lignes directrices en matière de soutien pour enfants utilisées par le tribunal.
- La part des dépenses spéciales et/ou extraordinaires qui revient au défendeur. J'ai joint une formule de demande de dépenses spéciales. Voici un résumé de ma demande :

Nom de l'enfant	Type de dépenses spéciales	Montant total payé pour les dépenses (après tout subside déduit)	Montant réclamé pour la part des dépenses qui revient au défendeur
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année
		<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année	<input type="checkbox"/> mois ou <input type="checkbox"/> année

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES SOURCES DE REVENU DU DÉFENDEUR :

- Je crois que le revenu annuel du défendeur est d'environ _____ \$.
- La dernière source de revenu connue du défendeur est :
 - Emploi (indiquer le poste occupé, le nom et l'adresse de l'employeur et autres renseignements)
 - Travail indépendant (type de travail, adresse professionnelle, autres renseignements connus)
 - Prestations d'assurance-emploi (les dates pour lesquelles le défendeur était prestataire de l'a.-e.)
 - Aide sociale (énumérer les dates connues)
 - Assurance-invalidité (énumérer les dates, la raison, autres renseignements connus)
 - Autre (énumérer les dates et les détails)

Pour les cases cochées ci-dessus, énumérer les détails de la ou des sources(s) de revenu :

3. The most recent information I have about the respondent's sources of income is attached. The information includes:

- Pay statements
- Income Tax Returns and/or Notices of Assessment
- Other (specify) _____

(Complete EITHER question 4 or 5, if applicable)

4. I have no information or documents about the respondent's current income, but:

- In the past the respondent has worked: (list below)

<i>Type of work or occupation</i>	<i>Dates of work</i>
-----------------------------------	----------------------
- I have obtained statistical information from (*source*) _____.
It shows that a person employed as a (*work/occupation respondent may have*) _____
_____ in your Court's jurisdiction may have an annual income of \$_____.
- I believe the respondent does/may own property or other assets that could produce some, or more, income. The property or asset is:
- Attached is a printout from the website of Human Resources Development Canada of an Occupational Profile – Labour Market Summary. I believe the printout may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent.
- Attached are other documents that may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent. These documents include:

5. I have no information about the respondent's sources of income, or past or present work or occupations, but:

- attached is statistical information from (*source*) _____.
This information shows that the average annual income in your Court's jurisdiction is \$_____.
- attached is a printout from the website of Statistics Canada. It shows the average family incomes in your Court's jurisdiction. I believe the attached printout may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent.
- attached are other documents that may assist the Court in imputing income to the respondent if sufficient financial information is not provided to the Court by the respondent. These documents include:

3. Vous trouverez ci-joint les plus récents renseignements sur les sources de revenu du défendeur. Les renseignements comprennent :
- Bordereaux de paye
 - Déclarations de revenus et/ou avis de cotisation
 - Autre (préciser) _____
- (Répondre SOIT à la question 4, SOIT à la question 5, s'il y a lieu)**
4. Je ne possède pas de renseignements ou de documents sur le revenu actuel du défendeur, mais :
- Dans le passé, le défendeur a travaillé : (énumérer ci-dessous)
Type de travail ou poste _____ *Dates de travail* _____
 - J'ai obtenu des renseignements statistiques de (*source*) _____.
Ces renseignements démontrent qu'une personne employée à titre de (*travail / poste que le défendeur peut exercer*) _____ dans le territoire de compétence de votre tribunal peut gagner un revenu annuel de _____ \$.
 - Je crois que le défendeur a / peut avoir une propriété ou d'autres éléments d'actifs qui pourraient générer un certain revenu ou davantage de revenu. La propriété ou les éléments d'actifs sont :
 - Vous trouverez ci-joint un document tiré du site Web de Développement des ressources humaines Canada d'un profil occupationnel – Sommaire du marché du travail. Je crois que ce document peut aider le tribunal à attribuer un revenu au défendeur si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal.
 - Vous trouverez ci-joint d'autres documents qui peuvent aider le tribunal à attribuer un revenu au défendeur si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal. Ces documents comprennent :
5. Je ne possède pas de renseignements au sujet des sources de revenu du défendeur, ou au sujet de ses expériences de travail passées ou actuelles, mais :
- vous trouverez ci-joint des renseignements statistiques de (*source*) _____.
Ces renseignements démontrent que le revenu annuel moyen dans le territoire de compétence de votre tribunal est de _____ \$.
 - vous trouverez ci-joint un document tiré du site Web de Statistique Canada. Il démontre les revenus moyens familiaux dans le territoire de compétence de votre tribunal. Je crois que ce document peut aider le tribunal à attribuer un revenu au défendeur si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal.
 - vous trouverez ci-joint d'autres documents qui peuvent aider le tribunal à attribuer un revenu au défendeur si celui-ci ne donne pas suffisamment d'information financière au tribunal. Ces documents comprennent :

FORM 7

**REQUEST FOR CHILD SUPPORT
DIFFERENT FROM CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT**
(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

I ask the Court for an order in an amount different from that in the child support guidelines table. My claim is based on the facts marked below. Documents to support each claim are attached.

1. CHILD OVER THE AGE OF MAJORITY:

I ask for support for each child who is the age of majority or older. A Child's Status and Financial Statement (Form 12) is attached for each child. The amount requested for each child is:

NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH (d/m/y)	AMOUNT FOR THIS CHILD

2. SPLIT CUSTODY

This claim is for 2 or more children, and the respondent and I each have custody of at least one of these children. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask for support of \$_____ per month for the support of the child(ren) living with me. My claim is based on the following calculations:

	Total income (known, or imputed in Form 6)	Guideline Table for Prov/Terr of residence	# of children	Amount Payable	Name(s) of Child(ren)
Respondent				\$	
Claimant				- \$	
Subtract amount payable by claimant from amount payable by respondent to calculate amount claimed.				= \$	

3. SHARED CUSTODY

The child or children live with each of us at least 40% of the time during the year. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

FORMULE 7**DEMANDE DE SOUTIEN POUR ENFANTS DIFFÉRENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES***(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)*

Je demande au tribunal d'ordonner un montant de soutien différent de celui prévu dans les tables des lignes directrices en matière de soutien pour enfants. Ma demande est fondée sur les faits mentionnés ci-dessous. Vous trouverez ci-joint des documents appuyant chaque demande.

1. ENFANT AYANT ATTEINT L'ÂGE DE LA MAJORITÉ :

Je demande un soutien pour chaque enfant majeur. J'ai joint la formule « Statut de l'enfant et déclaration financière » (Formule 12) pour chaque enfant. Le montant demandé pour chaque enfant est :

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE (j/m/a)	MONTANT POUR CET ENFANT

2. GARDE EXCLUSIVE

La présente demande vise deux enfants ou plus, le défendeur et moi assumons chacun la garde exclusive d'au moins un de ces enfants. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande un soutien de _____ \$ par mois pour le soutien de l'enfant ou des enfants vivant avec moi. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu ou estimé - voir Formule 6)	Table des lignes directrices pour la prov./le terr. de résidence	Nombre d'enfants	Montant payable	Nom de l'enfant ou des enfants
Défendeur				\$	
Demandeur				- \$	
Pour calculer le montant réclamé, soustrayez le montant payable par le demandeur du montant payable par le défendeur.				= \$	

3. GARDE PARTAGÉE

L'enfant vit ou les enfants vivent avec chacun de nous au moins 40 % du temps pendant l'année. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance de garde ci-jointe, ou sont comme suit :

I ask for support of \$ _____ per month for the following child(ren):

NAME OF CHILD	1.	2.	3.
----------------------	----	----	----

4. UNDUE HARDSHIP CLAIM:

I ask the Court to determine that, if the child support guidelines table amount were to be ordered, I would have a lower household standard of living than the other parent. Part 5 of my Financial Statement (Form 11) lists the income of the other members of my household.

I ask for support of \$ _____ per month. I have attached documents to support each claim. The child support guidelines table amount would cause me or the child(ren) undue hardship because:

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated, or due to expenses for me to earn a living.
- My expenses for arranging the child(ren)'s visits to the other parent are high.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The (or each) child is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting. Ages of child(ren) _____.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting.
- Details of other reasons:

5. I BELIEVE THE RESPONDENT'S INCOME IS OVER \$150,000 PER YEAR:

I ask for child support of \$ _____ per month. I believe the respondent's income is over \$150,000 per year.

Je demande un soutien de _____ \$ par mois pour l'enfant ou les enfants suivant(s) :

NOM DE L'ENFANT	1.	2.	3.
------------------------	----	----	----

4. DEMANDE POUR DIFFICULTÉS EXCESSIVES :

Je demande au tribunal de déclarer que, si l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices était ordonné, le niveau de vie de mon ménage serait moins élevé que celui de l'autre parent. La partie 5 de ma déclaration financière (Formule 11) indique le revenu respectif des autres membres de mon ménage.

Je demande un soutien de _____ \$ par mois. J'ai joint les documents pour appuyer chaque demande. L'établissement de la pension alimentaire pour enfants selon ce qui est prévue dans les tables des lignes directrices me causerait, ou causerait à mon enfant ou à mes enfants, des difficultés excessives, car :

- J'ai beaucoup de dettes. Elles sont attribuables au soutien de notre famille avant notre séparation, ou sont attribuables à mes dépenses pour gagner un revenu.
- Mes dépenses pour organiser les visites de mon enfant ou de mes enfants chez l'autre parent sont élevées.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'un enfant ou des enfants autre que l'enfant ou les enfants nommé(s) dans cette demande. L'enfant (ou chaque enfant) n'est pas majeur ou, s'il a atteint l'âge de la majorité, n'est pas autosuffisant. L'âge de l'enfant ou des enfants : _____.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'un autre enfant et/ou adulte. Cette obligation découle d'un jugement, d'une ordonnance ou d'une entente écrite, dont j'ai joint une copie.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'une personne qui n'est pas autosuffisante.
- Détails des autres raisons :

5. JE CROIS QUE LE REVENU ANNUEL DU DÉFENDEUR EST SUPÉRIEUR À 150 000 \$:

Je demande un soutien pour enfants de _____ \$ par mois. Je crois que le revenu annuel du défendeur est supérieur à 150 000 \$.

FORM 8

SPECIAL EXPENSE CLAIM

(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

I ask the Court to make an order for additional child support. The additional amount is for the respondent's share of the following special expenses. I attach as evidence documents to show why these expenses are necessary.

My special expenses are for:

- 1. Childcare
- 2. Health-related expenses over \$100.00 per year
- 3. Child's portion of medical and/or dental insurance premiums
- 4. Extraordinary expenses for education (grade school and high school)
- 5. Post-secondary education expenses (college or university)
- 6. Extraordinary expenses for extracurricular activities

	Expense Type (1 to 6)	Brief description of expense	For (Name of Child)	Actual (or estimated) amount spent per Month or per Year (M / Y)	Net amount spent per YEAR (after any subsidy, benefit, tax deduction, or credit)
a					
b					
c					
d					
e					
f					
g					
h					
i					
j					
k					
l					
m					
n					
o					
p					
q					
r					
s					
t					
Total of net amount spent (or estimated) per YEAR					\$

FORMULE 8**DEMANDE DE DÉPENSES SPÉCIALES**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Je demande au tribunal de rendre une ordonnance pour un soutien pour enfants supplémentaire. Le montant additionnel de soutien représenterait la part du défendeur pour les dépenses spéciales suivantes. J'ai joint comme preuve des documents justifiant la nécessité de ces dépenses.

Mes dépenses spéciales sont pour :

- 1. Les services de garde d'enfants
- 2. Les frais relatifs aux soins de santé de plus de 100 \$ par année
- 3. La partie des primes d'assurance médicale et/ou dentaire pour l'enfant
- 4. Les dépenses extraordinaires pour les études (école primaire et école secondaire)
- 5. Les frais d'études postsecondaires (collège ou université)
- 6. Les frais extraordinaires relatifs aux activités parascolaires

	Type de dépense (1 à 6)	Brève description des dépenses	Pour (nom de l'enfant)	Montant réel (ou estimé) dépensé par mois ou par année (m/a)	Montant net dépensé par ANNÉE (après avantage ou subvention, ou déduction ou crédit d'impôt)
a					
b					
c					
d					
e					
f					
g					
h					
i					
j					
k					
l					
m					
n					
o					
p					
q					
r					
s					
t					
Somme totale du montant net dépensé (ou estimé) par ANNÉE					\$

FORM 9

**REQUEST TO PAY CHILD SUPPORT
DIFFERENT FROM CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT**
(*Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f)*)

I ask the Court for a support order in an amount different from that in the child support guidelines table. My claim is based on the facts marked below. Documents to support each claim are attached.

1. UNDUE HARDSHIP CLAIM:

I ask the Court to determine that, if the child support guidelines table amount were to be ordered, I would have a lower household standard of living than the other parent. Part 5 of my Financial Statement (Form 11) lists the income of the other members of my household.

I ask to pay support of \$_____ per month. I have attached documents to support each claim. The child support guidelines table amount would cause me or the child(ren) undue hardship because:

- I have large debts. The debts came from supporting our family before the other parent and I separated, or due to expenses for me to earn a living.
- My expenses for arranging to visit the child(ren) are high.
- I have a legal duty to support a child(ren) other than the child(ren) named in this application. The (or each) child is under the age of majority or, if over the age of majority, is not able to be self-supporting. Ages of child(ren) _____.
- I have a legal duty to support another child and/or adult person. This duty is in a judgment, order, or written agreement. A copy is attached.
- I have a legal duty to support a person who is not able to be self-supporting.
- Details of other reasons:

2. CHILD OVER THE AGE OF MAJORITY:

I ask to pay support for each child who is the age of majority or older. The amount that I ask to pay for each child is:

NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH (d/m/y)	AMOUNT FOR THIS CHILD

FORMULE 9**DEMANDE EN VUE DE VERSER UN SOUTIEN POUR ENFANTS DIFFÉRENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES***(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)*

Je demande au tribunal une ordonnance en vue de verser un montant différent de celui prévu dans les tables des lignes directrices en matière de soutien pour enfants. Ma demande est fondée sur les faits mentionnés ci-dessous. Vous trouverez ci-joint des documents appuyant chaque demande.

1. DEMANDE POUR DIFFICULTÉS EXCESSIVES :

Je demande au tribunal de déclarer que, si l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices était ordonné, le niveau de vie de mon ménage serait moins élevé que celui de l'autre parent. La partie 5 de ma déclaration financière (Formule 11) indique le revenu respectif des autres membres de mon ménage.

Je demande à verser un soutien de _____ \$ par mois. J'ai joint les documents pour appuyer chaque demande. L'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices me causerait, ou causerait à mon enfant ou à mes enfants, des difficultés excessives, car :

- J'ai beaucoup de dettes. Elles sont attribuables au soutien de notre famille avant notre séparation, ou sont attribuables à mes dépenses pour gagner un revenu.
- Mes dépenses pour rendre visite à mon enfant ou à mes enfants sont élevées.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'un enfant ou d'enfants autres que l'enfant ou les enfants nommé(s) dans cette demande. L'enfant (ou chaque enfant) n'est pas majeur ou, s'il a atteint l'âge de la majorité, n'est pas autosuffisant. L'âge de l'enfant ou des enfants : _____.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'un autre enfant et/ou adulte. Cette obligation découle d'un jugement, d'une ordonnance ou d'une entente écrite, dont j'ai joint une copie.
- J'ai une obligation légale quant au soutien d'une personne qui n'est pas autosuffisante.
- Détails des autres raisons :

2. ENFANT AYANT ATTEINT L'ÂGE DE LA MAJORITÉ :

Je demande à verser un soutien pour chaque enfant majeur nommé ci-dessous. Le montant que je demande à verser pour chaque enfant est :

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE (j/m/a)	MONTANT POUR CET ENFANT

I ask the Court to take into account the attached document(s) and my reasons, which are:

documents attached

3. SPLIT CUSTODY

This claim is for 2 or more children, and the respondent and I each have custody of at least one of these children. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask to pay support of \$_____ per month for the support of the child(ren) living with the respondent. My claim is based on the following calculations:

	Total income (known, or imputed in Form 6)	Guideline Table for Prov/Terr of residence	Number of children	Amount Payable	Name(s) of Child(ren)
Applicant				\$	
Respondent				- \$	
Subtract amount payable by respondent from amount payable by applicant to calculate amount.				= \$	

4. SHARED CUSTODY

The child or children live with each of us at least 40% of the time during the year. The custody arrangements are in the attached custody order, or are as follows:

I ask to pay support of \$_____ per month for the following child(ren):

NAME OF CHILD	1.	2.	3.

Je demande au tribunal de prendre en considération le ou les document(s) ci-joint(s) ainsi que mes motifs, soit :

documents ci-joints

3. GARDE EXCLUSIVE

La présente demande vise deux enfants ou plus, le défendeur et moi assumons chacun la garde exclusive d'au moins un de ces enfants. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance de garde ci-jointe, ou sont comme suit :

Je demande à verser un soutien de _____ \$ par mois pour le soutien de l'enfant ou des enfants vivant avec le défendeur. Ma demande est fondée sur les calculs suivants :

	Revenu total (connu ou estimé – voir formule 6)	Table des lignes directrices pour la prov. / le terr. de résidence	Nombre d'enfants	Montant payable	Nom de l'enfant ou des enfants
Demandeur				\$	
Défendeur				- \$	
Pour calculer le montant, soustrayez le montant payable par le défendeur du montant payable par le demandeur.				= \$	

4. GARDE PARTAGÉE

L'enfant vit ou les enfants vivent avec chacun de nous au moins 40 % du temps pendant l'année. Les modalités de garde sont contenues dans l'ordonnance de garde ci-jointe, ou comme suit :

Je demande à verser un soutien de _____ \$ par mois pour l'enfant ou les enfants suivant(s) :

NOM DE L'ENFANT	1.	2.	3.

FORM 10**SUPPORT FOR CLAIMANT/APPLICANT**

(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

I am the claimant/applicant and ask for support for myself. I ask the Court to order support of \$_____ per month. A Financial Statement (Form 11) is included in my Application. My claim is based on the following facts:

FACTS ABOUT MY CLAIM:

1.	My date of birth is:	
2.	The child(ren) living with me is/are aged: (if there is a child support order/agreement about any child, attach it)	
3.	The respondent and I cohabited (lived together) in a marriage, other registered relationship or a common-law relationship: (write details here)	Start date: End date:
	The last place where we lived as a couple before separation is:	(city/country):
4.	During our relationship, we lived apart for a total of (years, months) because:	Total of all time living apart:
5.	The respondent and I lived together for a total of (years, months):	
6.	My present status (separated, divorced, married, common-law, single, other):	

MY EDUCATION:

7.	The last grade I finished in school (before post-secondary school):	
8.	Year I completed this grade:	
9.	College / University level or year completed:	
10.	Year I completed this level:	
11.	Other training / certificate / diploma received:	
12.	Length of the training / certificate / diploma course (years, months)	
13.	Year I completed this course:	

MY WORK EXPERIENCE:

14.	I did not work for pay while the respondent and I were together (if this statement applies, put an X in box and go to line 21)	
-----	--	--

FORMULE 10**SOUTIEN POUR LE DEMANDEUR / REQUÉRANT**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Je suis le demandeur / requérant et je demande un soutien pour moi-même. Je demande au tribunal de rendre une ordonnance de soutien en ma faveur de _____ \$ par mois. Une déclaration financière (Formule 11) est jointe à ma demande. Mon allégation est fondée sur les faits suivants :

FAITS AU SUJET DE MON ALLÉGATION :

1.	Ma date de naissance est le :	
2.	Les enfants qui vivent avec moi sont âgés de : (veuillez joindre toute ordonnance / entente de soutien pour enfants concernant un enfant)	
3.	Le défendeur et moi-même avons cohabité (vécu ensemble) dans le cadre d'un mariage, autre relation enregistrée ou d'une union de fait: (donner les détails ici) Le dernier endroit où nous avons vécu en couple avant la séparation est :	Date de début : Date de séparation : (ville/pays) :
4.	Au cours de notre relation, nous avons vécu séparément pendant un total de (années, mois), car :	Durée totale des moments où nous avons vécu séparément :
5.	Le défendeur et moi-même avons vécu ensemble pendant un total de (années, mois) :	
6.	Mon état civil actuel (séparé, divorcé, marié, conjoint de fait, célibataire, autre) :	

MES ÉTUDES :

7.	Ma dernière année d'études terminée (avant l'école postsecondaire) :	
8.	Année où j'ai terminé ces études :	
9.	Année terminée ou niveau atteint au collège / à l'université :	
10.	Année où j'ai atteint ce niveau :	
11.	Autre formation / certificat / diplôme obtenu :	
12.	Durée du cours pour la formation / le certificat / le diplôme : (années, mois)	
13.	Année où j'ai terminé ce cours :	

MON EXPÉRIENCE DE TRAVAIL :

14.	Je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré pendant que le défendeur et moi-même étions ensemble : (si cet énoncé s'applique à votre cas, inscrire un X dans la case et passer à la ligne 21)	
-----	--	--

15.	During the time the respondent and I were together, I worked for pay for a total of <i>(years, months)</i> <i>(attach work history list, with dates, employment, monthly pay)</i>	<input type="checkbox"/> work history list attached
16.	I worked for (%) of the time the respondent and I were together [example: if the entry on line 5 is 7 years + 2 months that equals (7×12)=84+2=86 months. If the entry on line 15 is 3 years + 6 months that equals (3×12)+6=42 months. Then 42/86 = 48.8%]	%
17.	The work I did was <i>(full time, or part time, or both)</i>	
18.	My normal employment was as: <i>(occupation)</i>	
19.	I also worked as <i>(other occupations)</i>	
20.	If part time, I worked an average of <i>(fraction)</i> of full time [$\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, etc]	
21.	I worked less than full time, or did not work for pay, because <i>(check any that apply)</i> <input type="checkbox"/> I cared for the child(ren) when young <i>(dates)</i> <input type="checkbox"/> I had a child at home with special needs <i>(dates)</i>	From: _____ To: _____ From: _____ To: _____
21. cont'd	<input type="checkbox"/> I needed to be home when the child(ren) returned from school <input type="checkbox"/> We moved often <i>(how many times during relationship: _____)</i> <input type="checkbox"/> I did not have the education/experience to get full time work <input type="checkbox"/> There were no full time jobs available <input type="checkbox"/> I did not want to work full time <input type="checkbox"/> I was not able to work full time (due to medical condition) <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would not work full time <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would work only part time <input type="checkbox"/> The respondent and I agreed that I would not work at all <input type="checkbox"/> The respondent did not want me to work full time <input type="checkbox"/> The respondent wanted me to work only part time <input type="checkbox"/> The respondent did not want me to work at all <input type="checkbox"/> Other reason(s):	

15.	Pendant la période où le défendeur et moi-même étions ensemble, j'ai occupé un emploi rémunéré pendant un total de : (<i>années, mois</i>) (joindre la liste des expériences de travail avec les dates, les emplois, la paye mensuelle)	<input type="checkbox"/> liste des expériences de travail jointe
16.	J'ai travaillé pendant (%) du temps où le défendeur et moi-même étions ensemble : [Exemple : si les données à la ligne 5 sont 7 ans + 2 mois, ceci équivaut à $(7 \times 12) + 2 = 86$ mois. Si les données à la ligne 15 sont 3 ans + 6 mois, ceci équivaut à $(3 \times 12) + 6 = 42$ mois. Ensuite $42/86 = 48,8\%$]	%
17.	L'emploi que j'occupais était : (<i>à temps plein, à temps partiel ou les deux</i>)	
18.	Mon emploi normal était : (<i>poste</i>)	
19.	J'ai également travaillé à titre de : (<i>autres postes</i>)	
20.	Si emploi à temps partiel, j'ai travaillé en moyenne les (<i>fraction</i>) d'un temps plein : [<i>1/2, 3/4, etc.</i>]	
21.	Je n'ai pas occupé un emploi à temps plein, ou je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré car : (<i>cocher les cases applicables</i>) <input type="checkbox"/> J'ai pris soin d'un ou des enfant(s) en bas âge (<i>dates</i>) <input type="checkbox"/> Je suis resté(e) à la maison pour prendre soin d'un enfant qui avait des besoins spéciaux : (<i>dates</i>)	De : _____ À : _____ De : _____ À : _____
21. suite	<input type="checkbox"/> Je devais être à la maison au retour de l'enfant ou des enfants de l'école <input type="checkbox"/> Nous avons souvent déménagé (<i>combien de fois pendant la relation : _____</i>) <input type="checkbox"/> Je n'avais pas assez d'instruction / d'expérience pour obtenir un emploi à temps plein <input type="checkbox"/> Il n'y avait pas d'emploi à temps plein disponible <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas travailler à temps plein <input type="checkbox"/> Je ne pouvais pas travailler à temps plein (pour des raisons médicales) <input type="checkbox"/> Le défendeur et moi-même avons convenu que je ne travaillerais pas à temps plein <input type="checkbox"/> Le défendeur et moi-même avons convenu que je travaillerais uniquement à temps partiel <input type="checkbox"/> Le défendeur et moi-même avons convenu que je ne travaillerais pas <input type="checkbox"/> Le défendeur ne voulait pas que je travaille à temps plein <input type="checkbox"/> Le défendeur voulait que je ne travaille qu'à temps partiel <input type="checkbox"/> Le défendeur ne voulait pas que je travaille <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) :	

22.	Since the respondent and I separated, I have (<i>check any that apply</i>) <input type="checkbox"/> Worked full time <input type="checkbox"/> Worked part time <input type="checkbox"/> Received social assistance <input type="checkbox"/> Received income/benefits from employment insurance, disability, workers' compensation, investments (details) <input type="checkbox"/> Received government grants or benefits (details) <input type="checkbox"/> Other sources of income (details)	(dates)
23.	Since the respondent and I separated, I have not worked for pay at all because: (<i>reasons</i>)	
24.	Since the respondent and I separated, I have taken the following steps to improve my ability to support myself: (<i>courses, job training, education, relocation, etc.</i>)	

MEDICAL:

25.	I am not able to fully support myself because of a medical condition, disability, or special need which keeps me from working (<i>put short description in the box and attach documents or doctor's letter giving details</i>)	<input type="checkbox"/> documents attached
26.	I am not able to fully support myself because a child or other person has a medical condition, disability, or special need which keeps me from working (<i>put name of person, relationship and short description in the box, and attach documents or doctor's letter giving details</i>)	Name of person: Relationship to me: Condition / Special Need: <input type="checkbox"/> documents attached

THE PRESENT, AND THE FUTURE:

27.	As of the date of this application, I am <input type="checkbox"/> Not working <input type="checkbox"/> Working full time (<i>occupation, monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Working part time (<i>occupation, monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Looking for work (<i>attach job search list</i>) <input type="checkbox"/> Receiving social assistance (<i>monthly income</i>) <input type="checkbox"/> Going to school (<i>type of course, how long, where</i>)	
28.	The respondent is paying support for me (\$ <i>monthly</i>)	
29.	The respondent agreed to pay support for me of (\$ <i>monthly, or other amount</i>) and has not paid the whole amount. There is now unpaid support of \$ _____ owing	<input type="checkbox"/> agreement attached

22.	Depuis que le défendeur et moi-même sommes séparés, j'ai (<i>cocher les cases applicables</i>) <input type="checkbox"/> Travaillé à temps plein <input type="checkbox"/> Travaillé à temps partiel <input type="checkbox"/> Reçu de l'aide sociale <input type="checkbox"/> Reçu des prestations de l'assurance-emploi, des rentes d'invalidité, des indemnités pour accidents du travail, un revenu de placement (détails) <input type="checkbox"/> Reçu des subventions ou des prestations du gouvernement (détails) <input type="checkbox"/> Autres sources de revenu (détails)	(dates)
23.	Depuis que le défendeur et moi-même sommes séparés, je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré, car : (<i>raisons</i>)	
24.	Depuis que le défendeur et moi-même sommes séparés, j'ai entrepris les démarches suivantes visant à améliorer ma capacité à subvenir à mes besoins : (<i>cours, formation professionnelle, études, déplacement, etc.</i>)	
RAISONS MÉDICALES :		
25.	Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins en raison de problèmes médicaux, d'une invalidité, ou de besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler. (<i>décrire brièvement votre problème dans la case et joindre les documents ou la lettre d'un médecin donnant plus de détails</i>)	<input type="checkbox"/> documents joints
26.	Je ne suis pas en mesure de subvenir entièrement à mes besoins, car un enfant ou une autre personne a des problèmes médicaux, une invalidité ou des besoins spéciaux qui m'empêchent de travailler. (<i>écrire le nom de la personne, le lien qui vous unit, et décrire brièvement votre problème dans la case et joindre les documents ou la lettre du médecin donnant plus de détails</i>)	Nom de la personne : Nature du lien qui nous unit : Maladie / Besoins spéciaux : <input type="checkbox"/> documents joints
LE PRÉSENT ET L'AVENIR :		
27.	Depuis la date de cette demande, je <input type="checkbox"/> Ne travaille pas <input type="checkbox"/> Travaille à temps plein (<i>emploi, revenu mensuel</i>) <input type="checkbox"/> Travaille à temps partiel (<i>emploi, revenu mensuel</i>) <input type="checkbox"/> Cherche du travail (<i>joindre la liste de vos démarches de recherche d'emploi</i>) <input type="checkbox"/> Reçois de l'aide sociale (<i>revenu mensuel</i>) <input type="checkbox"/> Vais à l'école (<i>type de cours, durée, endroit</i>)	
28.	Le défendeur me verse un soutien (\$ mensuellement)	
29.	Le défendeur a accepté de me verser un soutien de (\$ mensuellement, ou autre montant) et n'a pas versé le montant au complet. Le défendeur me doit donc _____ \$ en soutien.	<input type="checkbox"/> entente jointe

30.	<p>My other sources of income are (monthly) <i>(check any that apply and put amount in box at right)</i></p> <p><input type="checkbox"/> rental of space / apartment in my home</p> <p><input type="checkbox"/> investment income <i>(savings, GICs, bonds, property)</i></p> <p><input type="checkbox"/> support from a present spouse, or other former spouse <i>(attach order or agreement)</i></p> <p><input type="checkbox"/> other <i>(details)</i></p>	
31.	<p>Compared to the time the respondent and I were together, my standard of living is now</p> <p><input type="checkbox"/> much worse <i>(Details of the differences)</i></p> <p><input type="checkbox"/> worse</p> <p><input type="checkbox"/> the same</p> <p><input type="checkbox"/> better</p> <p><input type="checkbox"/> much better</p>	
32.	<p>If the Court orders support for me, I plan to make myself self-supporting by:</p> <p><input type="checkbox"/> going to school to complete high school</p> <p><input type="checkbox"/> going to school to obtain a certificate/diploma/degree</p> <p><input type="checkbox"/> obtaining job/vocational training to get a job</p> <p>I expect that when my plan is completed my standard of living will be <i>(pick one)</i></p> <p><input type="checkbox"/> worse <input type="checkbox"/> better <input type="checkbox"/> the same, as when the respondent and I were together</p> <p><input type="checkbox"/> OR, I will not be able to become self-supporting because:</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	
33.	<p>Details of my plan include: <i>(list name of course, where offered, length of time it takes, whether full or part time, costs and results to be achieved. If the training/course has a brochure or curriculum, attach it.)</i></p>	

[Mark each attached document with the line number to which the document relates]

- I have attached additional page(s) with more details about my claim, education, work experience, relationship with the respondent, medical information, present condition, and future plans, if applicable.

30.	<p>Mes autres sources de revenu sont : (mensuellement) <i>(cocher les cases applicables et écrire le montant dans la case de droite)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Location d'un espace / d'un appartement dans ma maison</p> <p><input type="checkbox"/> Revenus de placement (<i>épargnes, CPG, obligations, propriété</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien d'un époux actuel ou d'un autre ex-époux (<i>joindre l'ordonnance ou l'entente</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (<i>détails</i>)</p>	
31.	<p>Comparativement à l'époque où le défendeur et moi-même étions ensemble, mon niveau de vie est maintenant</p> <p><input type="checkbox"/> Bien pire</p> <p><input type="checkbox"/> Pire</p> <p><input type="checkbox"/> Identique</p> <p><input type="checkbox"/> Meilleur</p> <p><input type="checkbox"/> Bien meilleur</p> <p style="text-align: right;"><i>(Détails des différences)</i></p>	
32.	<p>Si le tribunal rend une ordonnance de soutien en ma faveur, je planifie pouvoir subvenir à mes besoins en :</p> <p><input type="checkbox"/> retournant à l'école pour finir mon cours secondaire</p> <p><input type="checkbox"/> retournant à l'école pour obtenir un certificat / diplôme</p> <p><input type="checkbox"/> obtenant un emploi / suivant une formation professionnelle pour décrocher un emploi</p> <p>Je prévois qu'après avoir réalisé mon projet, mon niveau de vie sera <i>(choisir une réponse)</i></p> <p><input type="checkbox"/> pire <input type="checkbox"/> meilleur <input type="checkbox"/> identique, comme lorsque le défendeur et moi-même étions ensemble</p> <p><input type="checkbox"/> OU, je ne serai pas en mesure de subvenir à mes besoins, car :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	
33.	<p>Les détails de mon projet comprennent : <i>(énumérer les cours, les endroits où ils sont offerts, la durée des cours, à temps plein ou à temps partiel, les coûts et les résultats escomptés. S'il existe un dépliant ou une brochure sur la formation / cours, prière de le joindre.)</i></p>	

[Inscrire sur chaque document joint le numéro de la ligne auquel le document correspond]

- J'ai joint une ou des page(s) supplémentaire(s) avec plus de détails à l'appui de ma demande, concernant mes études, mon expérience de travail, ma relation avec le défendeur, mes renseignements médicaux, ma condition actuelle et mes projets d'avenir, s'il y a lieu.

FORM 11**FINANCIAL STATEMENT**

(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 9(1)(b)(ii), 23(2)(f), 27(1)(b)(ii))

I am the claimant/applicant/respondent in this application to make or vary a support order. My financial circumstances are:

1. My total annual income (before tax and other deductions) for this year will be approximately \$_____
2. My source of income is: *(check any that apply, and write details in box below)*
- Employment *(occupation, name and address of employer, length of employment)*
 - Self-employment *(occupation, name and address of business, length of employment)*
 - Employment Insurance *(last date worked, and date benefits started)*
 - Social assistance *(date benefits started)*
 - Disability insurance *(date benefits started, source of payment, reason for disability)*
 - Other *(specify)*

Details of income sources checked above:

3. All or part of my income is not subject to income tax *(portion exempt, and reason)*

PART 1 - SOURCES OF INCOME

Line #	Amount	
1. Employment income (wages, salary, commissions, overtime, bonuses)		
2. Other employment income (including tips and gratuities)		
3. Old Age Security pension		
4. Canada or Quebec Pension Plan benefits		
5. Other pensions or superannuation		
6. Employment Insurance benefits		
7. Taxable amount of dividends from taxable Canadian corporations		
8. Interest and other investment income		
9. Net partnership income	Gross	Net
10. Rental income		
11. Taxable capital gains		
12. Spousal support		

FORMULE 11**DÉCLARATION FINANCIÈRE**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e), 9(1)b(ii), 23(2)f) et 27(1)b(ii))

Je suis le demandeur / requérant / défendeur de cette demande pour l'obtention ou la modification d'une ordonnance de soutien. Voici ma situation financière :

1. Mon revenu annuel total (avant impôts et autres déductions) pour cette année sera environ de _____ \$.
2. Ma source de revenu est : *(cocher les cases applicables et inscrire les détails dans la case ci-dessous)*
 - Emploi *(profession, nom et adresse de l'employeur, durée de l'emploi)*
 - Travail indépendant *(profession, nom et adresse de l'entreprise, durée de l'emploi)*
 - Assurance-emploi *(dernière journée de travail et date du début des prestations)*
 - Aide sociale *(date du début des prestations)*
 - Assurance-invalidité *(date du début des prestations, source de paiement, raison de l'invalidité)*
 - Autre *(préciser)*

Détails des sources de revenu cochées ci-dessus :

3. *Tout mon revenu, ou une partie de celui-ci n'est pas assujéti à l'impôt sur le revenu (partie exemptée et raison)*

PARTIE 1 - SOURCES DE REVENU

Ligne n°	Montant	
1. Revenus d'emploi (traitements, salaires, commissions, y compris le temps supplémentaire et les primes)		
2. Autres revenus d'emploi (y compris les pourboires et les gratifications)		
3. Pension de sécurité de la vieillesse		
4. Prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec		
5. Autres pensions et pensions de retraite		
6. Prestations d'assurance-emploi		
7. Montant imposable des dividendes de sociétés canadiennes imposables		
8. Intérêts et autres revenus de placement		
9. Revenus nets de société de personnes	Bruts	Nets
10. Revenus de location		
11. Gains en capital imposables		
12. Pension alimentaire pour conjoint		

13.	Child support (taxable only)		
14.	Registered Retirement Savings Plan income		
15.	Business income	Gross	Net
16.	Professional income	Gross	Net
17.	Commission income	Gross	Net
18.	Farming income	Gross	Net
19.	Fishing income	Gross	Net
20.	Workers Compensation benefits		
21.	Social assistance payments		
22.	Net federal supplements		
23.	Other income (specify - see guide)		
24.	(A) TOTAL ANNUAL INCOME		\$
25.	Total income in most recent personal income tax return (year:)	\$	

ADJUSTMENTS TO INCOME

Line #	Additions	Amount
26.	Actual amount of dividends received from Canadian corporations	
27.	Actual capital gains realized in excess of actual capital losses	
28.	Salaries, benefits, or other payments paid to non-arm's-length persons, and deducted from self-employment income, unless necessary to earn self-employment income	
29.	Allowable capital cost allowance for real property	
30.	Employee stock options with a Canadian-controlled private corporation exercised (<i>Do not include if you dispose of the shares in the same year you exercise the option</i>)	
31.	Value of shares at the time the options are exercised	
32.	Less: Amount paid for the shares	-
33.	Amount paid to acquire the options to purchase the shares	-
34.		=
35.	(B) TOTAL ADDITIONS	\$
Deductions		
36.	Union, professional dues, other employment expenses allowed under Child Support Guidelines	
37.	Child support received and included in total income above (line 13)	

13.	Pension alimentaire pour enfants (si elle est imposable)		
14.	Revenus d'un régime enregistré d'épargne-retraite		
15.	Revenus d'entreprise	Bruts	Nets
16.	Revenus de profession libérale	Bruts	Nets
17.	Revenus de commissions	Bruts	Nets
18.	Revenus d'agriculture	Bruts	Nets
19.	Revenus de pêche	Bruts	Nets
20.	Indemnités pour accident du travail		
21.	Prestations d'aide sociale		
22.	Versement net des suppléments fédéraux		
23.	Autres revenus (préciser - voir le guide)		
24.	(A) REVENU ANNUEL TOTAL		\$
25.	Revenu total indiqué dans la déclaration d'impôt sur le revenu des particuliers la plus récente (année) :		\$
RAJUSTEMENTS DU REVENU			
Ligne n°	Additions		Montant
26.	Montant réel des dividendes reçues de sociétés canadiennes		
27.	Gains en capital réels déclarés moins les pertes en capital réelles		
28.	Salaires, prestations ou autres paiements versés à des personnes avec lien de dépendance et déduits d'un revenu de travail indépendant, à moins qu'ils ne soient nécessaires pour que soit gagné un tel revenu		
29.	Déduction admissible pour amortissement - biens réels		
30.	Levée d'options d'achat d'actions accordées à des employés d'une société privée sous contrôle canadien (<i>ne rien indiquer si vous aliénez les actions pendant l'année au cours de laquelle vous levez l'option</i>)		
31.	Valeur des actions au moment de la levée des options		
32.	Moins : Montant payé pour les actions	-	
33.	Montant payé pour l'acquisition des options d'achat des actions	-	
34.		=	
35.	(B) ADDITIONS TOTALES :		\$
Déductions			
36.	Cotisations syndicales, professionnelles et autres dépenses d'emploi admises en vertu des lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants		
37.	Pension alimentaire pour enfants reçue et incluse dans le revenu total indiqué ci-dessus (ligne 13)		

38.	Spousal support received from the other parent and included in total income above (line 12)	
39.	Social assistance received by the parent for other members of the household	
40.	Taxable amount of dividends from taxable Canadian corporations	
41.	Taxable capital gains	
42.	Actual amount of business investment losses	
43.	Carrying charges and interest expenses	
44.	Self-employment income, net of reserves, including income for tax purposes in excess of the self-employment income for the 12 months ending on December 31 of the reporting year	
45.	Portion of partnership and sole proprietorship income that is required by the partnership to be reinvested	
46.	(C) TOTAL DEDUCTIONS	\$

PART 2 - CHILD SUPPORT GUIDELINES TABLE AMOUNT CALCULATION**Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount**

47.	(A) Total Income (<i>from line 24</i>)		
48.	Plus (B) Total Additions (<i>from Line 35</i>)	+	
49.	Minus (C) Total Deductions (<i>from line 46</i>)	-	
50.	Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount		\$

Annual Income for Special or Extraordinary Expenses Amount

51.	Annual Income for Child Support Guidelines Table Amount (<i>from line 50</i>)		
52.	Plus (if applicable) spousal support <i>received</i> from the other parent	+	
53.	Minus (if applicable) spousal support <i>paid</i> to the other parent	-	
54.	Annual Income for Special or Extraordinary Expenses Amount	→	\$

38.	Pension alimentaire pour conjoint reçue de l'autre parent et incluse dans le revenu total indiqué ci-dessus (ligne 12)	
39.	Prestations d'aide sociale reçues par le parent pour les autres membres du ménage	
40.	Montant imposable des dividendes de sociétés canadiennes imposables	
41.	Gains en capital imposables	
42.	Montant réel des pertes au titre de placements d'entreprise	
43.	Frais financiers et frais d'intérêt	
44.	Revenus d'un travail indépendant, déduction faite des réserves, y compris le revenu à des fins fiscales, en sus des revenus du travail indépendant pour la période de 12 mois se terminant le 31 décembre de l'année de déclaration	
45.	Partie de revenus de société de personnes et d'entreprise à propriétaire unique dont la société de personnes exige le réinvestissement	
46.	(C) DÉDUCTIONS TOTALES :	\$

PARTIE 2 - CALCULS AUX FINS DE L'ÉTABLISSEMENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS PRÉVUE DANS LES TABLES DES LIGNES DIRECTRICES

Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices

47.	(A) Revenu total (<i>inscrit à la ligne 24</i>)	
48.	Plus (B) Additions totales (<i>inscrites à la ligne 35</i>)	+
49.	Moins (C) Déductions totales (<i>inscrites à la ligne 46</i>)	-
50.	Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices	\$

Revenu annuel permettant l'établissement des dépenses spéciales ou extraordinaires

51.	Revenu annuel permettant l'établissement de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices (<i>inscrit à la ligne 50</i>)	
52.	Plus (s'il y a lieu) pension alimentaire pour conjoint <i>reçue</i> de l'autre parent	+
53.	Moins (s'il y a lieu) pension alimentaire pour conjoint <i>payée</i> à l'autre parent	-
54.	Revenu annuel permettant l'établissement des dépenses spéciales ou extraordinaires →	\$

PART 3 - EXPENSES

My monthly expenses are listed below. These expenses are for me and the following members of my household:

(If you share an expense with another person, list only the amount that you pay. Convert all expenses to monthly amounts. List actual amounts if impossible, otherwise, give estimates, and mark as "est".)

(* Note for line 120. Show support paid to persons **not** included in this application – example: support paid for a child of a past relationship between you and a parent who is not the claimant/applicant in this application. If paid, specify the Name(s) of person(s) supported: _____ . Are payments made

voluntarily, or due to a Court Order, or written agreement.
Do you deduct payments on your income tax return? Yes No.)

		\$ per Month			\$ per Month
Compulsory Deductions			72.	Home insurance	
55.	Income Tax		73.	Heat	
56.	Employment Insurance		74.	Electricity	
57.	Canada Pension Plan		75.	Water	
58.	Employer pension		76.	House repairs and maintenance	
59.	Other (specify)		77.	Yard maintenance	
Household Expenses			78.	Other (specify)	
60.	Groceries and household supplies		Health		
61.	Meals outside the home		79.	Medical insurance	
62.	Furnishings and equipment		80.	Drugs (after insurance coverage)	
63.	Telephone		81.	Dental care (after insurance)	
64.	Cable service		82.	Optical care (after insurance)	
65.	Laundry and dry cleaning		83.	Other (specify)	
66.	Newspapers, periodicals		Transportation		
67.	Stationery, computer supplies		84.	Public transit, taxis, etc.	
68.	Vacation		85.	Car operation	
69.	Pet care		86.	Gas and oil	
Housing (primary residence)			87.	Insurance and licence	
70.	Rent or mortgage		88.	Maintenance	
71.	Taxes		89.	Parking	
			90.	SUBTOTAL	

PARTIE 3 - DÉPENSES

Voici mes dépenses mensuelles. Ces dépenses sont pour moi et les membres suivants de mon ménage :

(Si vous assumez le paiement d'une dépense avec une autre personne, indiquez seulement le montant que vous payez. Convertissez toutes les dépenses engagées sur une base quelconque au cours d'une année en montants mensuels. Indiquez les montants réels si vous les connaissez ou si vous pouvez les obtenir. Sinon, fournissez des estimations et inscrivez « est. »)

(* Remarque pour la ligne 120. Mentionner le soutien versé à des personnes qui **ne sont pas** visées par la présente demande – exemple : soutien payé pour un enfant mis au monde dans une relation passée entre vous et un parent qui n'est pas le demandeur / requérant de cette demande. Si le soutien est versé, préciser le nom de la ou des personne(s) pour laquelle ou lesquelles un soutien est versé : _____ Est-ce que les paiements sont versés

volontairement ou en raison d'une ordonnance judiciaire ou d'une entente écrite.

Déduisez-vous les paiements sur votre déclaration de revenus? Oui Non)

	\$ par mois		\$ par mois
Retenues obligatoires		72. Assurance-maison	
55. Impôt sur le revenu		73. Chauffage	
56. Assurance-emploi		74. Électricité	
57. Régime de pensions du Canada		75. Eau	
58. Pension versée par un employeur		76. Réparation et entretien de la maison	
59. Autre (<i>préciser</i>)		77. Entretien du terrain	
Dépenses du ménage		78. Autre (<i>préciser</i>)	
60. Épicerie et articles ménagers		Santé	
61. Repas à l'extérieur de la maison		79. Assurance-soins médicaux	
62. Ameublement et équipement		80. Médicaments (portion non remboursée par une assurance)	
63. Téléphone		81. Soins dentaires (portion non remboursée par une assurance)	
64. Câblodistribution		82. Soins de la vue (portion non remboursée par une assurance)	
65. Buanderie et nettoyage à sec		83. Autre (<i>préciser</i>)	
66. Journaux et périodiques		Transport	
67. Papeterie et fournitures d'informatique		84. Transport public, taxis, etc.	
68. Vacances		85. Automobile	
69. Soins pour animaux domestiques		86. Essence et huile	
Logement (résidence principale)		87. Assurance et permis	
70. Loyer ou hypothèque		88. Entretien	
71. Taxes		89. Stationnement	
		90. TOTAL PARTIEL	

		\$ per Month	\$ per Month
SUBTOTAL (from line 90)			
Adult Household Members		109. Gifts (toys, books, etc.)	
91. Clothing		110. Activities, lessons and supplies	
92. Haircare		111. Camp	
93. Toiletries, cosmetics		112. Gifts to other children	
94. Education fees, supplies		Savings for the future	
95. Entertainment and recreation		113. RRSP	
96. Fitness		114. RESP	
97. Insurance		115. Other	
98. Charitable donations		116. Debt (other than mortgage, specify)	
99. Gifts to others		117.	
100. Alcohol, tobacco		118.	
Children		119. Lease payments (specify)	
101. Child care (regular expense)		120. Support payments to others	
102. Babysitting (occasional)		(see note under *, above)	
103. Clothing		121. Reserve for income taxes	
104. Haircare		122. Other (specify)	
105. Allowances		123.	
106. School fees and supplies		124.	
107. Entertainment and recreation		125.	
108. Insurance		126. TOTAL	

PART 4 - OTHER CHILD SUPPORT AND BENEFITS

Complete this part if you are claiming support for a child over the age of majority, and/or
 you are claiming an amount different from the child support guidelines table amount

A I receive support for a child(ren) other than the child(ren) in this application:

Name(s) of child(ren)	Annual Amount Received	Taxable (Y / N)

B I receive non-taxable benefits, allowances, or amounts. (Example: use of a vehicle, childcare, or room and board. If the benefit is not an amount, include an estimate of the annual value of the benefit)

Benefit received	Annual Amount or Estimate

	\$ par mois	\$ par mois
TOTAL PARTIEL (<i>inscrit à la ligne 90</i>)		
Membres adultes du ménage		
91. Vêtements		109. Cadeaux (jouets, livres, etc.)
92. Coiffeur/barbier		110. Frais de scolarité et fournitures
93. Articles de toilette, cosmétiques		111. Colonie de vacances
94. Frais de scolarité et fournitures		112. Cadeaux donnés à d'autres enfants
95. Divertissements et loisirs		Épargnes pour l'avenir
96. Conditionnement physique		113. REÉR
97. Assurance		114. REÉE
98. Dons de bienfaisance		115. Autre
99. Cadeaux donnés à d'autres personnes		116. Dettes (<i>à l'exception du remboursement hypothécaire, préciser</i>)
100. Alcool et tabac		117.
Enfants		118.
101. Service de garde d'enfants (dépenses normales)		119. Paiements de location (<i>préciser</i>)
102. Gardiennage d'enfants (occasionnel)		120. Paiements alimentaires à d'autres personnes (<i>voir la remarque sous le signe *, ci-dessus</i>)
103. Vêtements		Réserve pour impôts sur le revenu
104. Coiffeur/barbier		121. Autre (<i>préciser</i>)
105. Allocations		122. Paiements de location (<i>préciser</i>)
106. Frais de scolarité et fournitures		123.
107. Divertissements et loisirs		124.
108. Assurance		125.
		126. TOTAL

PARTIE 4 - AUTRES AVANTAGES ET SOUTIEN POUR ENFANTS

Remplir cette partie si vous demandez un soutien pour un enfant ayant atteint la majorité, et/ou vous demandez un montant de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices

A Je reçois un soutien pour un enfant ou des enfants autre que l'enfant ou les enfants visés par la présente demande :

Nom de l'enfant ou des enfants	Montant annuel reçu	Imposable (O / N)

B Je reçois les avantages, allocations ou montants non imposables suivants. (*Exemples : l'utilisation d'un véhicule, le service de garde d'enfants, le logement et les repas. Si l'avantage n'est pas financier, fournir une estimation de la valeur de l'avantage sur une base annuelle*)

Avantages reçus	Montant annuel ou estimé

PART 5 - HOUSEHOLD INCOME (not including children for whom support is claimed in this application)

Complete this part if you are living with another person **and**

- you are claiming support for yourself, **or**
- your child support application includes an undue hardship claim, **or**
- you believe the respondent may make an undue hardship claim.

A I am living with: *(full name of person or persons – Note: We are only interested in the sharing of household responsibilities and expenses; the nature of your relationship with these people is of no importance.)*

B A person named in “A” has a child or children living in the home with us *(name and age of each child)*

C For each person named in “A”, fill in the following information: *(add an extra page if more than 2 people)*

Name of Person #1

- Works at (name of employer, occupation)
- Earns \$ _____ per _____
- Pays for about _____% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses

Name of Person #2

- Works at (name of employer, occupation)
- Earns \$ _____ per _____
- Pays for about _____% of household expenses
- Does not work
- Has no earnings
- Contributes no money to the household expenses

PARTIE 5 - REVENU DU MÉNAGE (ne comprend pas les enfants à l'égard desquels un soutien est demandé dans cette demande)

Remplir cette partie si vous vivez avec une autre personne **et**

- vous demandez un soutien pour vous-même, **ou**
- votre demande de soutien pour enfants comprend une demande pour difficultés excessives, **ou**
- vous croyez que le défendeur peut présenter une demande pour difficultés excessives.

- A Je vis avec : (*nom au complet de la personne ou des personnes – nota : on ne cherche ici qu'à déterminer le partage des responsabilités du ménage et des dépenses; la nature de votre relation avec ces personnes n'a donc aucune importance*)
- B Une personne nommée dans la partie A a un enfant ou des enfants vivant avec nous dans la maison (*nom et âge de chaque enfant*)
- C Pour chaque personne nommée dans la partie A, répondre aux questions suivantes : (*ajouter une page supplémentaire s'il y a plus de 2 personnes*)

Nom de la première personne

- Travaille à (nom de l'employeur, profession)
- Gagne _____ \$ par _____
- Paye environ _____ % des dépenses du ménage
- Ne travaille pas
- N'a pas de revenu
- Ne participe pas financièrement aux dépenses du ménage

Nom de la deuxième personne

- Travaille à (nom de l'employeur, profession)
- Gagne _____ \$ par _____
- Paye environ _____ % des dépenses du ménage
- Ne travaille pas
- N'a pas de revenu
- Ne participe pas financièrement aux dépenses du ménage

PART 6 - ASSETS AND DEBTS**A S S E T S**

Real Estate	Description of Asset(s) – address, type of property	Your Equity	Market Value
Cars, boats, vehicles	Description of Asset(s) – year, make, model	Your Equity	Market Value
Pension Plan	Trustee/administrator of plan, date of valuation		Value
RRSPs	Financial institution, date of valuation		Value
Financial Assets	Bonds, shares, term deposits, investment certificates, mutual funds – list type, name of financial institution, when purchased		Value
Accounts	Bank or other accounts – type of account, name of financial institution		Value
Business	Name of business, address, nature and extent of ownership or interest		Value of Interest
Life Insurance	Company which issued policy		Cash Value

PARTIE 6 - ACTIFS ET DETTES**A C T I F S**

Biens réels	Description de l'actif – adresse, type de propriété	Votre valeur nette réelle	Valeur marchande
Automobiles, bateaux, véhicules	Description de l'actif – année, marque, modèle	Votre valeur nette réelle	Valeur marchande
Régime de pension	Fiduciaire/administrateur du régime, jour de l'évaluation		Valeur
REÉR	Institution financière, jour de l'évaluation		Valeur
Actifs financiers	Obligations, actions, dépôts à terme, certificats de placement, fonds communs de placement – énumérer le type, le nom de l'institution financière, la date de l'achat	Valeur	
Comptes	Comptes bancaires ou autres comptes – type de compte, nom de l'institution financière	Valeur	
Entreprise	Nom de l'entreprise, adresse, nature et part ou intérêt détenus	Valeur de l'intérêt	
Assurance-vie	Nom de la compagnie d'assurance	Valeur de rachat brute	

Debts to me	Description – name of person owing me money, nature of debt, repayment date	Value
Other	Description of other asset(s)	Value
TOTAL VALUE OF ASSETS		\$

D E B T S

Mortgage	Institution/person holding mortgage	Date of last payment	Balance Owing
Credit Cards	Company issuing card, and reason for borrowing	Date of last payment	Balance Owing
Bank / Other	Financial Institution, and reason for borrowing	Date of last payment	Balance Owing
Other Debt	Description of any other debt(s) you owe	Date of last payment	Balance Owing
TOTAL VALUE OF DEBTS			\$

Dettes envers moi	Description – nom de la personne qui me doit de l'argent, nature de la créance, date de remboursement	Valeur
Autre	Description des autres actifs	Valeur
VALEUR TOTALE DES ACTIFS		\$

DETTES

Prêt hypothécaire	Institution / personne détenant le prêt hypothécaire	Date du dernier paiement	Solde dû
Cartes de crédit	Nom / Compagnie qui émet la carte et raison de l'emprunt	Date du dernier paiement	Solde dû
Banque / Autre	Institution financière et raison de l'emprunt	Date du dernier paiement	Solde dû
Autres dettes	Description de toutes autres dettes	Date du dernier paiement	Solde dû
VALEUR TOTALE DES DETTES			\$

PART 7 - DOCUMENTS ATTACHED TO THIS FINANCIAL STATEMENT

- My personal income tax return for each of the 3 most recent taxation years, and all documents attached to the returns.
- The income tax notice of assessment, or reassessment, I received for each of the 3 most recent tax years.

(Check each of the following statements that apply, and attach the listed documents)

- I am an employee. Attached is a statement showing my total earnings for this year, to date, including overtime. If this information is not shown on my pay stub, I attach a statement or letter from my employer with that information, including my rate of annual pay.
- I am receiving Employment Insurance benefits. My 3 most recent EIC benefits statements are attached.
- I am receiving Workers Compensation benefits. My 3 most recent WCB benefits statements are attached.
- I am receiving social or income assistance. Attached is a statement showing the amount I receive.
- I am self-employed. For the 3 most recent taxation years, I attach:
 - The financial statements of my business or professional practice, other than a partnership, and
 - A statement showing a breakdown of salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with whom I do not deal at arm's length.
- I am a partner in a partnership. I attach confirmation of my income and draw from, and capital in, the partnership for its 3 most recent taxation years.
- I control a corporation. I attach
 - the financial statements of the corporation and its subsidiaries, and
 - a statement showing a breakdown of all salaries, wages, management fees, or other payments or benefits paid to, or on behalf of, persons or corporations with which the corporation, and every related corporation, does not deal at arm's length.
- I am the beneficiary under a trust. The trust settlement agreement and the trust's 3 most recent financial statements are attached.

Date this Financial Statement completed: _____

PARTIE 7 - DOCUMENTS JOINTS À LA PRÉSENTE DÉCLARATION FINANCIÈRE

- Ma déclaration de revenus personnelle pour les trois dernières années d'imposition et tous les documents joints aux déclarations.
- Avis de cotisation ou de nouvelle cotisation sur l'impôt sur le revenu que j'ai reçu pour les trois dernières années d'imposition.

(Cocher tous les énoncés qui s'appliquent et joindre les documents énumérés)

- Je suis un employé. J'ai joint un relevé faisant état des gains cumulatifs pour l'année en cours, y compris les payes pour les heures supplémentaires. Si cette information n'est pas indiquée sur mon talon de chèque de paye, j'ai joint une déclaration ou une lettre de mon employeur qui contient cette information, y compris le taux de mon traitement annuel.
- Je reçois des prestations d'assurance-emploi. J'ai joint les trois derniers états de prestation d'A.-E.
- Je reçois des indemnités d'accident du travail. J'ai joint les trois derniers états de prestation d'indemnités d'accident du travail.
- Je reçois de l'aide sociale ou de l'aide au revenu. J'ai joint un relevé faisant état du montant que je reçois.
- Je suis un travailleur indépendant. Pour les trois dernières années d'imposition, j'ai joint :
 - Les états financiers de mon entreprise ou de ma pratique professionnelle, sauf s'il s'agit d'une société de personnes;
 - Un relevé de la répartition des montants payés, au titre notamment des salaires, traitements, frais de gestion, avantages ou autres paiements versés, à des particuliers ou à des sociétés avec qui j'ai un lien de dépendance, ou versés au nom de ceux-ci.
- Je suis membre d'une société de personnes. Je joins une attestation du revenu que j'en ai tiré, des prélèvements que j'en ai faits et des fonds que j'y ai investis, pour les trois dernières années d'imposition de la société.
- Je contrôle une société. J'ai joint :
 - les états financiers de cette société et de ses filiales;
 - un relevé de la répartition des montants payés, au titre notamment des salaires, traitements, frais de gestion ou avantages, versés à des particuliers ou à des sociétés avec qui la société ou toute société liée a un lien de dépendance, ou versés au nom de ceux-ci.
- Je suis bénéficiaire d'une fiducie. J'ai joint une copie de l'acte constitutif de celle-ci et de ses trois derniers états financiers.

Date à laquelle cette déclaration financière a été remplie : _____

FORM 12

CHILD'S STATUS AND FINANCIAL STATEMENT

(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.5(2)(e), 23(2)(f))

Child's date of birth (d/m/y) _____

1. Details of child's living arrangements: (include where child lives, whether child lives with other people)

2. Child's education status (check any that apply)

- Is in high school, in grade _____
- Completed grade _____ in high school in (year) _____, but did not graduate, and is not going to school now
- Has completed high school and is not going to school
- Has completed high school and plans to attend post-secondary courses starting in: (date) _____
- Is taking full-time courses at community college or trade school
- Is taking part-time courses at community college or trade school
- Is taking full-time courses at university
- Is taking part-time courses at university

For each item checked in this section, give details (If the child is not in school, describe what the child is doing. If planning to attend, or attending post-secondary school, list name of school, location, level child is in, length of course or area of study until diploma/degree obtained):

Education details

FORMULE 12**STATUT DE L'ENFANT ET DÉCLARATION FINANCIÈRE**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.5(2)e) et 23(2)f)

Date de naissance de l'enfant (j/m/a) _____

1. Détails des modalités de vie de l'enfant : (indiquer l'endroit où vit l'enfant, si l'enfant vit avec d'autres gens)

2. Situation scolaire de l'enfant (cocher les cases applicables) :

- L'enfant fréquente l'école secondaire et est en _____^e année.
- L'enfant a terminé la _____^e année à l'école secondaire en (année) _____, mais n'a pas reçu son diplôme et ne fréquente actuellement pas l'école.
- L'enfant a terminé l'école secondaire et ne fréquente pas l'école.
- L'enfant a terminé l'école secondaire et compte entreprendre des études postsecondaires le :
(date) _____.
- L'enfant suit des cours à temps plein au collège communautaire ou à l'école de métiers.
- L'enfant suit des cours à temps partiel au collège communautaire ou à l'école de métiers.
- L'enfant suit des cours à temps plein à l'université.
- L'enfant suit des cours à temps partiel à l'université.

Pour chaque case cochée dans cette section, donner des détails (si l'enfant ne fréquente pas l'école, décrire ce que fait l'enfant. S'il poursuit ses études postsecondaires ou compte les entreprendre, inscrire le nom et l'endroit de l'école, le niveau de scolarité de l'enfant, la durée du cours ou le domaine d'études jusqu'à l'obtention du diplôme)

Détails des études

3. Child's financial and employment status (check any that apply). **The child:**

- Is not employed
- Is employed full-time
- Is employed part-time
- Has seasonal employment (*summer jobs*)
- Has filed an income tax return showing employment income for (years) _____
- Has personal savings of approximately \$ _____
- Receives gifts of money each year of approximately \$ _____
- Is entitled to funds for education through an RESP or other savings plan held by (*name of person(s) who holds the plan, type of plan, value if known*)
- Is receiving, or is entitled to receive, government student loans
- Has personal income from investments, a trust, or other sources
- Other (specify)

For any employment lines checked, give details (name of employer, child's occupation, approximate wages/salary by hourly rate and monthly income, and how long the child has worked for the employer. For other boxes checked, provide details):

Employment and income source details

4. Child's education-related expenses:

List expenses **directly** related to the child's education. For each, show who is paid, purpose of payment, amount paid per year and who pays the amount. Put the **monthly** total (divide by 12) on line 106 of Form 11.

3. Situation financière et professionnelle de l'enfant (cocher les cases applicables). L'enfant :

- N'a pas d'emploi
- A un emploi à temps plein
- A un emploi à temps partiel
- A un emploi saisonnier (*emplois d'été*)
- A produit une déclaration de revenus personnelle faisant état de ses revenus d'emploi pour (années) _____
- A des épargnes personnelles d'environ _____ \$
- Reçoit de l'argent en cadeau chaque année d'une valeur approximative de _____ \$
- A droit aux fonds d'études que procure un REÉÉ détenus par (*nom du souscripteur du régime, le type de régime, la valeur si connue*)
- Reçoit ou a droit de recevoir des prêts étudiants du gouvernement
- A un revenu personnel provenant de placements, d'une fiducie ou d'autres sources de revenu
- Autre (préciser)

Pour chaque case relative à l'emploi cochée, donner des détails (nom de l'employeur, poste occupé par l'enfant, traitements / salaires horaires et mensuels approximatifs et mentionner depuis combien de temps l'enfant travaille pour cet employeur. Pour les autres cases cochées, donner des détails).

Détails sur l'emploi et les sources de revenu

4. Dépenses liées à la scolarisation de l'enfant :

*Nommer les dépenses **directement** liées à la scolarisation de l'enfant. Pour chaque dépense, inscrire à qui est effectué le paiement, le but du paiement, le montant payé par année et la personne qui paye la dépense. Inscrire le montant total **mensuel** (divisé par 12) à la ligne 106 de la Formule 11.*

5. Reasons for child's continuing dependence:

(The child is the age of majority or older. If the child is not working, and not going to school, provide details of any reasons that the child requires support from the parents. Attach an additional page if necessary, and supporting documents such as medical letters.)

- Supporting documents attached
- Additional page(s) attached

5. Raisons justifiant la dépendance continue de l'enfant :

(L'enfant a atteint l'âge de la majorité. Si l'enfant ne travaille pas et ne fréquente pas l'école, donner des détails sur les raisons justifiant le fait que l'enfant ait besoin de soutien financier de ses parents. Joindre une page supplémentaire au besoin ainsi que des documents à l'appui, telles des lettres d'un médecin.)

- Documents à l'appui joints
- Page(s) supplémentaire(s) jointe(s)

FORM 13

EVIDENCE TO SUPPORT VARIATION OF SUPPORT ORDER
(*Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, s.23(2)(f)*)

I ask the Court to vary the support order(s) or written agreement(s) between the respondent and myself. The order(s) or agreement(s) was/were made on the following dates, and is/are attached to my Support Variation Application (Form 1). (*An application to vary an order or agreement must be supported by documents to prove the variation and the current circumstances.*)

In the order(s) or agreement(s), I am the

- person required to pay support (the payor), or
- person receiving support (the recipient).

I ask the Court to **vary** the amount of support to be paid I ask the Court to **end** support to be paid for:
for:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a child or children | <input type="checkbox"/> a child or children |
| <input type="checkbox"/> the recipient | <input type="checkbox"/> the recipient |

1. Applicant's change in circumstances

There has been a change in my circumstances since the date the order/agreement was made. (*Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.*)

FORMULE 13**PREUVES À L'APPUI D'UNE MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.23(2)f)

Je demande au tribunal de modifier une ou des ordonnance(s) de soutien ou entente(s) écrite(s) entre le défendeur et moi. L'ordonnance ou les ordonnances ou l'entente ou les ententes a été ou ont été rendue(s) aux dates suivantes, et est ou sont jointe(s) à ma Demande de modification d'une ordonnance de soutien (Formule 1). *(Une demande de modification à une ordonnance ou à une entente doit être appuyée par des documents pour justifier la modification et faire foi de la situation actuelle.)*

Dans l'ordonnance ou les ordonnances ou l'entente ou les ententes, je suis :

- la personne qui doit verser un soutien (le débiteur), ou
- la personne qui reçoit un soutien (le bénéficiaire).
- Je demande au tribunal de **modifier** le montant du soutien Je demande au tribunal que le montant du soutien **cesse** d'être versé :
- à un enfant ou des enfants à un enfant ou des enfants
- au bénéficiaire au bénéficiaire

1. Changement de situation du demandeur

Ma situation a changé depuis la date à laquelle l'ordonnance / entente a été rendue ou faite. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

2. Child's change in circumstances

There has been a change in the circumstances of a child(ren) named in the order/agreement. *(Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.)*

3. Respondent's change in circumstances

There has been a change in the respondent's circumstances since the date the order/agreement was made. *(Write details of the change, the date of the change, whether temporary or permanent. Attach an extra page if necessary.)*

4. Application to reduce or cancel arrears

- As of today, the amount of unpaid support (arrears) is \$ _____. A copy of a statement from the maintenance/support enforcement program is attached.
- If the Court orders a retroactive (backdated) variation in the amount of support, I ask that the support arrears be varied to reflect the variation in the order.
- I have made the following efforts to pay the arrears:

- I will be able to pay any arrears the Court orders as follows *(Write the monthly amount available to pay arrears, or other sources of income/assets which could be used to pay arrears.)*

2. Changement de situation de l'enfant

La situation de l'enfant ou des enfants nommés dans l'ordonnance / entente a changé. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

3. Changement de situation du défendeur

La situation du défendeur a changé depuis la date à laquelle l'ordonnance / entente a été rendue ou faite. *(Inscrire les détails du changement, la date du changement et indiquer si le changement est temporaire ou permanent. Joindre une page supplémentaire au besoin.)*

4. Demande de réduire ou annuler les arriérés

- À compter d'aujourd'hui, le montant du soutien non payé (arriérés) est de _____ \$. Vous trouverez ci-joint une copie de la déclaration du programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Si le tribunal ordonne une modification rétroactive (antidatée) du montant du soutien, je demande que soient modifiés les arriérés de soutien et que cette modification soit indiquée dans l'ordonnance.
- J'ai fait les efforts suivants pour payer les arriérés :

- Je serai en mesure de payer les arriérés que le tribunal ordonne comme suit : *(Inscrire le montant mensuel disponible pour payer les arriérés, ou d'autres sources de revenu / éléments d'actifs qui pourraient servir à payer les arriérés.)*

5. Application to vary support order

- As of today, the amount of unpaid support (arrears) is \$ _____. A copy of a statement from the maintenance/support enforcement program is attached.
- If the Court orders a retroactive (backdated) variation in the amount of support, I ask that the support arrears be varied to reflect the variation in the order.

Date this form completed: _____

5. Demande de modifier l'ordonnance alimentaire

- À compter d'aujourd'hui, le montant du soutien non payé (arriérés) est de _____ \$. Vous trouverez ci-joint une copie de la déclaration du programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- Si le tribunal ordonne une modification rétroactive (antidatée) du montant du soutien, je demande que soient modifiés les arriérés de soutien et que cette modification soit indiquée dans l'ordonnance.

Date à laquelle cette formule a été remplie : _____

FORM 14

REQUEST FOR FURTHER INFORMATION

(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.10(2)(a), 28(2)(a))

Court file: _____

Court Registry: _____

REMO/RESO/ISO #: _____

**IN THE COURT OF QUEEN'S BENCH OF NEW BRUNSWICK
FAMILY DIVISION
JUDICIAL DISTRICT OF
IN THE MATTER OF THE *INTERJURISDICTIONAL SUPPORT ORDERS ACT***

BETWEEN:

(NAME OF APPLICANT)
CLAIMANT / APPLICANT

AND

(NAME OF RESPONDENT)
RESPONDENT

REQUEST FOR FURTHER INFORMATION

TO: *(Court Administrator)*

TAKE NOTICE that on the _____ day of _____, 20____, this Court heard an application for support or variation of support. On that date the Court adjourned the hearing to *(specified or unspecified date)*.

YOU ARE DIRECTED to contact the claimant/applicant, or the appropriate authority in the reciprocating jurisdiction to request the following information or documents:

(attach extra page if necessary, or transcript noting information or documents required)

FORMULE 14

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.10(2)a) et 28(2)a)

Dossier du tribunal : _____

Greffe : _____

N° EROA/OAER/ISO : _____

**COUR DU BANC DE LA REINE DU NOUVEAU-BRUNSWICK
DIVISION DE LA FAMILLE
CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE DE
DANS L'AFFAIRE DE LA LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT ET L'EXÉCUTION
RÉCIPROQUE DES ORDONNANCES DE SOUTIEN**

ENTRE :

(NOM DU DEMANDEUR)
DEMANDEUR / REQUÉRANT

ET

(NOM DU DÉFENDEUR)
DÉFENDEUR

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

DESTINATAIRE : *(Administrateur de la cour)*

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE le _____ 20__, ce tribunal a entendu la demande de soutien ou de modification de soutien. À cette date, le tribunal a remis l'audience au *(date fixée ou non fixée)*.

ON VOUS ORDONNE de communiquer avec le demandeur / requérant ou l'autorité compétente de l'État pratiquant la réciprocité afin de demander les renseignements ou les documents suivants :

(joindre des pages supplémentaires au besoin ou les renseignements ou les documents nécessaires)

AT THE HEARING an interim order:

- was *not* made, or
- was* made – details will be sent, or
- was* made – a certified copy of the interim order is attached.

Date

Signature of Judge

À L'AUDIENCE une ordonnance provisoire :

- n'a *pas* été rendue, ou
- a été* rendue – les détails vous seront expédiés, ou
- a été* rendue – vous trouverez ci-joint une copie certifiée conforme de l'ordonnance provisoire.

Date

signature du Juge

FORM 15

NOTICE OF HEARING

(*Interjurisdictional Support Orders Act*, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.9(1)(b), 27(1)(b))

Court file: _____
Court Registry: _____
REMO/RESO/ISO #: _____

**IN THE COURT OF QUEEN'S BENCH OF NEW BRUNSWICK
FAMILY DIVISION
JUDICIAL DISTRICT OF
IN THE MATTER OF THE *INTERJURISDICTIONAL SUPPORT ORDERS ACT***

BETWEEN:

(*NAME OF APPLICANT*)
CLAIMANT / APPLICANT

AND

(*NAME OF RESPONDENT*)
RESPONDENT

NOTICE OF HEARING

TO:

TAKE NOTICE that this Court has received an application by, or on behalf of, (*name of applicant/claimant*). A copy of the application is attached to this Notice of Hearing.

YOU ARE REQUIRED to appear on (*date*) at (*name and address of court*) for a hearing. On the hearing date, you are required to bring with you 3 copies of the completed Respondent's Answer to Application (Form 16).

AT THE HEARING the Judge may make an order which is binding on you and can be enforced. If you do not appear at Court as required, or provide the necessary documents, ***an order may be made in your absence.***

Date

Signature of designated authority

FORMULE 15**AVIS D'AUDIENCE**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.9(1)b) et 27(1)b))

Dossier du tribunal : _____

Greffe : _____

N° EROA/OAER/ISO : _____

**COUR DU BANC DE LA REINE DU NOUVEAU-BRUNSWICK
DIVISION DE LA FAMILLE
CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE DE
DANS L'AFFAIRE DE LA LOI SUR L'ÉTABLISSEMENT ET L'EXÉCUTION
RÉCIPROQUE DES ORDONNANCES DE SOUTIEN**

ENTRE :

(NOM DU DEMANDEUR)

DEMANDEUR / REQUÉRANT

ET

(NOM DU DÉFENDEUR)

DÉFENDEUR

AVIS D'AUDIENCE

DESTINATAIRE :

VEUILLEZ PRENDRE NOTE que ce tribunal a reçu une demande de, (*nom du demandeur / requérant*) ou en son nom. Une copie de la demande est jointe à cet avis d'audience.

VOUS DEVEZ VOUS présenter le (*date*) à (*nom et adresse du tribunal*) pour l'audience. La journée de l'audience, apportez trois copies de la Réponse du défendeur à la demande (Formule 16) dûment remplie.

À L'AUDIENCE le juge peut rendre une ordonnance qui vous lie et qui peut être exécutée. Si vous ne vous présentez pas au tribunal, ou si vous ne fournissez pas les documents nécessaires, ***une ordonnance peut être rendue en votre absence.***

Date

signature de l'autorité désignée

FORM 16**RESPONDENT'S ANSWER TO APPLICATION***(Interjurisdictional Support Orders Act, S.N.B. 2002, c.I-12.05, ss.9(1)(b)(ii), 27(1)(b)(ii))*

Court File #: _____

Court Location: _____

REMO/RESO/ISO # _____

Office use only

- I am the Respondent
- I am a person, agency or government with the following legal right to participate in this application: _____
_____.

I have been served with a Support Application, or Support Variation Application. My address for delivery of documents is:

(Last Name)	(First Name)	(Middle Names)
(Street address and City/Town)		
(Province and Postal Code)		(daytime telephone number)
(Mailing Address, if different from street address)		(fax number)
This is: <input type="checkbox"/> my own address, or <input type="checkbox"/> c/o my lawyer, or <input type="checkbox"/> c/o another person		

- I AGREE with the Application and consent to an Order being made as requested.
- I agree to an order that I will pay support. My financial statement is attached to this Answer, or
- I am the support payor under the Order or Agreement that the applicant wishes to vary. My financial statement is attached to this Answer, or
- I am the support recipient under the Order or Agreement the applicant wishes to vary. My financial information is not required to make a support variation Order.
- I DO NOT AGREE with the Application. My reasons for not agreeing are in the attached documents.

FORMULE 16**RÉPONSE DU DÉFENDEUR À LA DEMANDE**

(Loi sur l'établissement et l'exécution réciproque des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2002, c.I-12.05, art.9(1)b(ii) et 27(1)b(ii))

N° du dossier du tribunal : _____

Emplacement du tribunal : _____

N° EROA/OAER/ISO : _____

Réservé à l'administration

- Je suis le défendeur
- Je suis une personne ou j'agis pour un organisme ou un gouvernement qui a le droit légal suivant de participer à cette demande : _____.

J'ai reçu une demande de soutien ou une demande de modification d'une ordonnance de soutien. Voici mon adresse à laquelle vous pouvez me livrer les documents :

(Nom de famille)	(Prénom)	(Second prénom)
(Adresse municipale et ville / village)		
(Province et code postal)		(Numéro de téléphone, jour)
(Adresse postale, si différente de l'adresse municipale)		(Numéro de télécopieur)
s'agit de : <input type="checkbox"/> ma propre adresse, ou <input type="checkbox"/> a/s de mon avocat, ou <input type="checkbox"/> a/s d'une autre personne		

- JE SUIS D'ACCORD avec la demande et je consens à ce que soit rendue une ordonnance telle que demandée.
- J'accepte l'ordonnance qui m'oblige à verser un soutien. J'ai joint à cette réponse ma déclaration financière, ou
- Je suis le débiteur du soutien dans l'ordonnance ou l'entente que souhaite faire modifier le requérant. J'ai joint à cette réponse ma déclaration financière, ou
- Je suis le bénéficiaire du soutien dans l'ordonnance ou l'entente que souhaite faire modifier le requérant. Mon information financière n'est pas obligatoire pour rendre une ordonnance de modification de soutien.
- JE NE SUIS PAS D'ACCORD avec la demande. Vous trouverez mes raisons dans les documents ci-joints.

- I will go to Court and bring with me 3 copies of this Respondent's Answer to Application with copies of the following documents attached, where applicable:
 - Financial Statement (Form 11) *(required unless you are a support recipient who agrees to vary an existing order)*
 - Request to Pay Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount (Form 9)
 - Request for Child Support Different from Child Support Guidelines Table Amount (Form 7)
 - Special Expense Claim (Form 8) *(use if you are the recipient/respondent and you do not agree with the payor/applicant's application to vary special expense amounts under the existing order)*
 - Child's Status and Financial Statement (Form 12) *(one for each child over the age of majority where you do not agree with the application concerning the support for that child)*
 - Other (specify): _____

- I will have a lawyer at the Court hearing. My lawyer's name, address and telephone number are:

I, _____, make oath or solemnly affirm and say that the information and facts contained in this answer, including the attached forms and/or documents, are true. I am making this answer in good faith.

SWORN TO OR SOLEMNLY AFFIRMED BEFORE ME

At the _____ of _____

In the Province/Territory of _____

On _____, 200____.

A Commissioner of Oaths or Notary

 Signature of respondent

- Je me présenterai au tribunal et apporterai trois copies de la présente Réponse du défendeur à la demande ainsi que trois copies ci-jointes des documents suivants, s'il y a lieu :
- Déclaration financière (Formule 11) (*obligatoire à moins que vous ne soyez le bénéficiaire du soutien qui accepte la modification de l'ordonnance en vigueur*)
 - Demande en vue de verser un soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices (Formule 9)
 - Demande de soutien pour enfants différent de la pension alimentaire pour enfants prévue dans les tables des lignes directrices (Formule 7)
 - Demande de dépenses spéciales (Formule 8) (*utilisée si vous êtes le bénéficiaire / défendeur et que vous n'êtes pas d'accord avec la demande de modification du débiteur / requérant aux montants des dépenses spéciales dans l'ordonnance en vigueur*)
 - Statut de l'enfant et déclaration financière (Formule 12) (*pour chaque cas relatif à un enfant ayant atteint l'âge de la majorité pour lequel vous n'êtes pas d'accord avec la demande concernant le soutien pour cet enfant*)
 - Autre (préciser) : _____

- J'ai confié ma cause à un avocat. Voici le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de cet avocat :

Je soussigné, _____, déclare sous la foi du serment ou affirme solennellement que les renseignements et les faits contenus dans la présente réponse, y compris les formules jointes et/ou les documents joints, sont véridiques. Je présente cette réponse de bonne foi.

FAIT SOUS SERMENT OU PAR AFFIRMATION
 SOLENNELLE DEVANT MOI

Lieu : _____

Province/territoire : _____

Date : _____

 Signature du défendeur

Commissaire aux serments ou notaire