

Numéro de dossier du greffe
-----------------------------

(Nom du tribunal)

**Formule 15C : Motion en modification sur consentement**

situé(e) au \_\_\_\_\_ Adresse du greffe

**Requérant(e)(s)**

Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


Nom et adresse de l'avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


**Intimé(e)(s)**

Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


Nom et adresse de l'avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


**Cessionnaire (le cas échéant)**

Nom et prénom officiels et adresse aux fins de signification — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


Nom et adresse de l'avocat(e) — numéro et rue, municipalité, code postal, numéros de téléphone et de télécopieur et adresse électronique (le cas échéant).


**VOUS POUVEZ UTILISER LA PRÉSENTE FORMULE POUR DEMANDER DE MODIFIER UNE ORDONNANCE OU UN ACCORD DONT LE MONTANT A ÉTÉ RECALCULÉ PAR LE SERVICE DES PENSIONS ALIMENTAIRES POUR ENFANTS EN LIGNE. VOUS DEVEZ SIGNIFIER UNE COPIE DE LA PRÉSENTE FORMULE AU BUREAU DES OBLIGATIONS FAMILIALES SI L'ORDONNANCE VISÉE A ÉTÉ RENDUE EN VERTU DE LA LOI SUR LE DIVORCE ET QUE LE RECALCUL A ÉTÉ EFFECTUÉ AU COURS DES 35 DERNIERS JOURS.**

**VOUS NE POUVEZ PAS UTILISER LA PRÉSENTE FORMULE POUR FAIRE MODIFIER UN AVIS DE CALCUL ÉMIS PAR LE SERVICE DES PENSIONS ALIMENTAIRES POUR ENFANTS EN LIGNE.**

**CHACUN(E) D'ENTRE VOUS DEVRAIT SONGER À CONSULTER UN AVOCAT AVANT DE SIGNER LE PRÉSENT CONSENTEMENT.**

**SI VOUS DEMANDEZ LA MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE ALIMENTAIRE OU D'UN ACCORD RELATIF AUX ALIMENTS QUI A ÉTÉ CÉDÉ(E) À UNE PERSONNE OU À UN ORGANISME, VOUS DEVEZ SIGNIFIER TOUS LES DOCUMENTS AU OU À LA CESSIONNAIRE ET OBTENIR SON CONSENTEMENT À TOUTE MODIFICATION QUI POURRAIT AVOIR UNE INCIDENCE SUR SON INTÉRÊT FINANCIER. EN CAS DE NON-OBTENTION DU CONSENTEMENT DU OU DE LA CESSIONNAIRE, UN TRIBUNAL PEUT ANNULER UNE ORDONNANCE ET CONDAMNER AUX DÉPENS LA PARTIE QUI N'A PAS DONNÉ DE PRÉAVIS. IL INCOMBE À LA PERSONNE QUI DEMANDE LA MODIFICATION DE DÉTERMINER SI L'ORDONNANCE A ÉTÉ CÉDÉE. POUR CE FAIRE, VOUS DEVEZ PRÉSENTER LA FORMULE INTITULÉE «CONFIRMATION DE CESSION». CETTE FORMULE EST ACCESSIBLE SUR LE SITE WEB DU MINISTÈRE DU PROCUREUR GÉNÉRAL OU DISPONIBLE AU GREFFE.**

1. Nous savons que chacun(e) d'entre nous a le droit de consulter son avocat au sujet de cette cause et comprenons que la signature du présent consentement peut donner lieu à une ordonnance définitive du tribunal qui sera exécutée.
2.  Nous avons déposé/Nous déposons les États financiers (formule 13 ou 13.1) auprès du tribunal.  
 Nous nous sommes mis d'accord pour ne pas déposer d'États financiers auprès du tribunal.
3.  Nous avons joint l'ordonnance définitive existante ou l'accord existant relatif aux aliments et demandons au tribunal de rendre une ordonnance modifiant cette ordonnance ou cet accord comme il est énoncé ci-dessous.  
 Depuis la date de l'ordonnance ou de l'accord concernant les aliments pour les enfants, un avis de recalcul a été émis par le Service des pensions alimentaires pour enfants en ligne le \_\_\_\_\_ (veuillez joindre l'avis).

**GARDE/DROIT DE VISITE**

(Ne remplir que si les parties demandent la modification d'une ordonnance de garde ou de visite.)

4.  Nous sommes d'accord pour que (nom de la/des parties ou de la/des personnes) \_\_\_\_\_ ait/aient la garde de l'enfant ou des enfants suivants :

Nom et prénom officiels de l'enfant	Date de naissance(j, m, a)	Âge	Sexe

Nous sommes d'accord pour que (*nom de la/des parties ou de la/des personnes*) \_\_\_\_\_ ait/aient un droit de visite à l'égard de : (*nom et date de naissance de l'enfant ou des enfants*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ comme suit : (*Donnez des précisions au sujet de l'ordonnance de visite.*) \_\_\_\_\_

**OU**

5.  Nous sommes d'accord pour que (*nom des parties ou des personnes*) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ aient la garde conjointe de l'enfant ou des enfants suivants :

Nom et prénom officiels de l'enfant	Date de naissance (j, m, a)	Âge	Sexe

Nous sommes d'accord pour que les arrangements quant au domicile de l'enfant ou des enfants suivants : (*nom et date de naissance de l'enfant ou des enfants*) \_\_\_\_\_

et au droit de visite à son ou à leur égard soient comme suit : \_\_\_\_\_

### ALIMENTS POUR LES ENFANTS

(Ne remplir que si les parties demandent la modification des aliments pour les enfants.)

6. Nous convenons d'une ordonnance alimentaire à l'égard des enfants qui corresponde :

- à une somme égale ou supérieure à celle qui figure dans les Lignes directrices sur les aliments pour les enfants.
- à un montant nul (aucuns aliments pour les enfants).
- à une somme inférieure à celle qui figure dans les Lignes directrices sur les aliments pour les enfants pour les raisons suivantes :

7. La partie qui est bénéficiaire des aliments  reçoit  ne reçoit pas des prestations d'aide sociale.

8. Nous sommes d'accord pour que les aliments pour les enfants soient payés comme suit :

Compte tenu du revenu annuel du payeur ou de la payeuse qui s'élève à \_\_\_\_\_ \$ , (*nom de la partie*) \_\_\_\_\_ doit verser à (*nom de la partie*) \_\_\_\_\_ \$ par mois pour l'enfant ou les enfants suivants : (*nom et date de naissance de l'enfant ou des enfants*) \_\_\_\_\_

à compter du (*date*) \_\_\_\_\_ .

À compter du (*date*) \_\_\_\_\_ , (*nom de la partie*) \_\_\_\_\_ doit verser à (*nom de la partie*) \_\_\_\_\_ \$ au titre des dépenses spéciales ou extraordinaires suivantes :

Nom de l'enfant	Genre de dépense	Montant total de la dépense	Part du payeur ou de la payeuse	Modalités de paiement (fréquence des paiements, date d'échéance, etc.)
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

(Ne remplir que si les parties conviennent de dépenses spéciales ou extraordinaires.) Le revenu annuel total du ou de la bénéficiaire s'élève à \_\_\_\_\_ \$ .

L'ordonnance alimentaire ou l'accord relatif aux aliments à l'égard de l'enfant ou des enfants suivants : (nom et date de naissance de l'enfant ou des enfants)

daté(e) du \_\_\_\_\_, doit prendre fin au (date) \_\_\_\_\_.

**À remplir s'il y a lieu :**

9. Nous sommes également d'accord pour que les aliments en souffrance pour les enfants soient payés comme suit :

Les aliments dus à (nom du ou de la bénéficiaire) \_\_\_\_\_ sont fixés à \_\_\_\_\_ \$ au (date) \_\_\_\_\_ et (nom du payeur ou de la payeuse) \_\_\_\_\_ doit verser à (nom du ou de la bénéficiaire) \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du (date) \_\_\_\_\_ jusqu'à ce que le montant intégral dû soit payé.

Les aliments dus à (nom de l'organisme ou de l'autre personne) \_\_\_\_\_ sont fixés à \_\_\_\_\_ \$ au (date) \_\_\_\_\_ et (nom du payeur ou de la payeuse) \_\_\_\_\_ doit verser à (nom de l'organisme ou de l'autre personne) \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du (date) \_\_\_\_\_ jusqu'à ce que le montant intégral dû soit payé.

**ALIMENTS POUR LE CONJOINT**

(Ne remplir que si les parties demandent la modification des aliments pour le conjoint.)

10. Nous sommes d'accord pour que les aliments pour le conjoint soient payés comme suit :

(Nom de la partie) \_\_\_\_\_ doit verser à (nom de la partie) \_\_\_\_\_ la somme de \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du (date) \_\_\_\_\_.

L'ordonnance ou l'accord daté(e) du \_\_\_\_\_ doit prendre fin au (date) \_\_\_\_\_.

11. Nous sommes d'accord pour que les aliments en souffrance pour le conjoint soient payés comme suit :

Les aliments dus à (nom du ou de la bénéficiaire) \_\_\_\_\_ sont fixés à \_\_\_\_\_ \$ au (date) \_\_\_\_\_ et (nom du payeur ou de la payeuse) \_\_\_\_\_ doit verser à (nom du ou de la bénéficiaire) \_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du (date) \_\_\_\_\_ jusqu'à ce que le montant intégral dû soit payé.

Les aliments dus à (nom de l'organisme ou de l'autre personne) \_\_\_\_\_  
sont fixés à \_\_\_\_\_ \$ au (date) \_\_\_\_\_ et (nom du payeur ou de la payeuse)  
\_\_\_\_\_ doit verser à (nom du ou de la bénéficiaire) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ \$ par mois à compter du (date) \_\_\_\_\_ jusqu'à ce que le montant intégral dû soit payé.

**REMARQUE : Si des sommes sont dues à un organisme ou à une autre personne (un ou une cessionnaire), un ou une représentant(e) de cet organisme ou l'autre personne doit donner son consentement à la modification de l'ordonnance.**

#### AUTRES DEMANDES

(À remplir s'il y a lieu.)

12. Nous sommes d'accord pour que la ou les dispositions (Précisez quelles dispositions de l'ordonnance doivent être modifiées.)

\_\_\_\_\_ de l'ordonnance du/de la juge (nom du/de la juge) \_\_\_\_\_, datée du \_\_\_\_\_,  
soit/soient modifiée(s) comme suit : (Donnez des précisions sur l'ordonnance que vous demandez au tribunal de rendre.)

**Les parties n'ont pas besoin de signer le présent consentement en même temps, mais chacune d'elles doit le signer en présence d'un témoin qui signe à son tour immédiatement après la partie.**

**REMARQUE : Le témoin ne peut être l'une des parties. Si le témoin ne connaît pas la partie, il devrait demander à voir une pièce d'identité qui prouve que le ou la signataire du consentement est la même personne que celle qui est partie au consentement.**

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la requérant(e)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intimé(e)

\_\_\_\_\_  
Date de la signature du/de la requérant(e)

\_\_\_\_\_  
Date de la signature de l'intimé(e)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Dactylographiez le nom du témoin à la signature du/de la requérant(e) ou écrivez-le en caractères d'imprimerie.

\_\_\_\_\_  
Dactylographiez le nom du témoin à la signature de l'intimé(e) ou écrivez-le en caractères d'imprimerie.

\_\_\_\_\_  
Adresse du témoin

\_\_\_\_\_  
Adresse du témoin

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du témoin

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du témoin

#### CONSENTEMENT DU/DE LA CESSIONNAIRE

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer au nom du/de la cessionnaire

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

\_\_\_\_\_  
Écrivez en caractères d'imprimerie le nom et le titre du/ de la signataire du consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (Dactylographiez-le ou écrivez-le lisiblement.)