|  |
| --- |
| ONTARIO |
|  |  |  | Numéro de dossier du greffe      |
|  | (Nom du tribunal) | Formule 15C : Motion en modification sur consentement |
| **situé(e) au** |       |
|  | Adresse du greffe |
| **Requérant(e)(s)** | **Avocat(e) du/de la/des requérant(e)s** |
| Nom et prénom officiels : |  |  | Nom : |  |
| Adresse : |  | Adresse : |  |
| Téléphone et télécopieur : |  | Téléphone et télécopieur : |  |
| Adresse électronique : |  | Adresse électronique : |  |
|  |  |  |
| **Intimé(e)(s)** |  | **Avocat(e) de l’intimé(e)/des intimé(e)s** |
| Nom et prénom officiels : |  |  | Nom : |  |
| Adresse : |  | Adresse : |  |
| Téléphone et télécopieur : |  | Téléphone et télécopieur : |  |
| Adresse électronique : |  | Adresse électronique : |  |
|  |  |  |
| **Cessionnaire de l’ordonnance alimentaire (le cas échéant)** |  | **Avocat(e) du/de la cessionnaire** |
| Nom et prénom officiels : |  |  | Nom : |  |
| Adresse : |  | Adresse : |  |
| Téléphone et télécopieur : |  | Téléphone et télécopieur : |  |
| Adresse électronique : |  | Adresse électronique : |  |
|  |  |  |
| **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).* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 15C : | Motion en modification sur consentement | (page 2) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |
|  |
| **RESPONSABILITÉS PARENTALES OU CONTACTS*(Ne remplir que si les parties demandent la modification des responsabilités parentales ou des contacts.)*** |
| **4.** | [ ]  | Nous sommes d’accord pour que *(nom de la/des parties ou de la/des personnes)* |       |
|  |  | exerce(nt) la responsabilité décisionnelle à l’égard de l’enfant ou des enfants suivants, de la manière décrite dans l’annexe ci-jointe : |
|  |  | **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 du temps parental avec : *(nom et date de naissance de l’enfant ou des enfants)* |
|  |  |       |
|  |  | de la manière décrite dans l’annexe ci-jointe. |
|  | [ ]  | Nous sommes d’accord pour que *(nom de la/des parties ou de la/des personnes)* |       |
|  |  | ait/aient des contacts avec : *(nom et date de naissance de l’enfant ou des enfants)* |
|  |  |       |
|  |  | de la manière décrite dans l’annexe ci-jointe. |
| **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)* |       | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 15C : | Motion en modification sur consentement | (page 3) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |
|  |
|  | [ ]  | 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)* |
|  |  |       | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 15C : | Motion en modification sur consentement | (page 4) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |
|  |
| **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.)* |
|  |       |
| **ATTESTATION DES PARTIES** |
| (Si vous êtes représenté(e), votre/vos avocat(e)(s) doi(ven)t remplir l’attestation de l’avocat ci-dessous.) |
| Nous attestons que nous connaissons les obligations qui nous incombent aux termes des articles 7.1 à 7.5 de la Loi sur le divorce et de l’article 33.1 de la Loi portant réforme du droit de l’enfance en ce qui concerne l’intérêt véritable des enfants, la protection des enfants contre les conflits, les processus de règlement des différends familiaux, les renseignements complets, exacts et à jour, ainsi que la conformité avec les ordonnances. |
| **REMARQUE : 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. 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 15C : | Motion en modification sur consentement | (page 5) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |
|  |
| **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.) |
| **ATTESTATION DE L’AVOCAT** |
| Je m’appelle : |  |
| et je suis l’avocat(e) du/de la requérant(e) dans la présente cause. J’atteste que je me suis conformé(e) aux exigences de l’article 7.7 de la *Loi sur le divorce* et de l’article 33.2 de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* en ce qui concerne la réconciliation et l’obligation de discuter et d’informer. |
|  |  |  |
| *Date* |  | *Signature de l’avocat(e)* |
| Je m’appelle : |  |
| et je suis l’avocat(e) de l’intimé(e) dans la présente cause. J’atteste que je me suis conformé(e) aux exigences de l’article 7.7 de la *Loi sur le divorce* et de l’article 33.2 de la *Loi portant réforme du droit de l’enfance* en ce qui concerne la réconciliation et l’obligation de discuter et d’informer. |
|  |  |  |
| *Date* |  | *Signature de l’avocat(e)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formule 15C : | Motion en modification sur consentement | (page 6) | Numéro de dossier du greffe  |
|  |  |
|  |
| **ANNEXE DES CHANGEMENTS PROPOSÉS** |
|       |