

**PROGRAMME D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES ET DE GARDE
ÉTAT DES REVENUS ET DES DÉPENSES**

DOSSIER N° (PEOA) :

NOM :

TÉLÉPHONE :

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE :

EMPLOYEUR :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR :

Combien de personnes à votre charge compte actuellement votre ménage? _____

Revenu mensuel

Salaire brut de base : _____ \$
Plus heures supplémentaires, commissions, primes et bonis
(Total des sommes reçues pendant l'année (à l'exclusion du
salaire brut de base) divisé par 12 pour établir
le revenu mensuel supplémentaire moyen) : _____ \$

Déductions

- Impôt sur le revenu _____ \$
- Régime de pensions du Canada _____
- Assurance-emploi _____
- Cotisation syndicale _____
- Rente/pension de retraite _____
- Assurance-vie collective _____
- Assurance médicale _____
- Stationnement _____
- Autre (préciser) _____

Total des déductions : _____ \$

- Salaire net : _____ \$

Autres revenus

- Allocation familiale _____ \$
- Aide au revenu _____
- Pensions/rentes _____
- Revenu de location _____
- Intérêts _____
- Accord de sépar./ordonnance _____
- Revenu des enfants _____
- Autre (préciser) _____

Total des autres revenus : _____ \$

Revenu du conjoint/de la conjointe

- Salaire net du conjoint/de la conjointe : _____ \$

Total des revenus nets (toute provenance) _____ \$

* Des copies du talon de chèque des trois (3) dernières payes et des trois (3) dernières déclarations de revenus doivent être jointes au présent formulaire.

EN PLUS DE MES VERSEMENTS RÉGULIERS DE _____ \$ (PAR SEM., À LA QUINZAINE, PAR MOIS, ETC.), À TITRE D'EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE ALIMENTAIRE DONT JE SUIS LE DÉBITEUR, JE PROPOSE DE VERSER LA SOMME DE _____ \$ PAR _____, EN RÈGLEMENT PROGRESSIF DE MON ARRIÉRÉ, À COMPTER DU _____		
(JOUR)	(MOIS)	(ANNÉE)
_____ (SIGNATURE)	_____ (DATE)	

NOTA : VOTRE PROPOSITION DOIT ÉTABLIR DES MODALITÉS DE PAIEMENT PERMETTANT DE RECOUVRER L'ARRIÉRÉ DANS UN DÉLAI RAISONNABLE. OU ELLE SERA REFUSÉE.

Hébergement

• Loyer	_____ \$	Hypothèque	_____ \$
• Taxes et impôts fonciers	_____	Assurance	_____
• Réparations/frais d'entretien	_____	Éclairage/électricité	_____
• Chauffage	_____	Eau	_____
• Téléphone	_____	Câblodistribution	_____
• Combustible (mazout, gaz, bois)	_____	Autre (préciser)	_____
• Total			_____ \$

Biens du ménage

• Réparations	_____ \$	Frais de remplacement	_____
• Assurances	_____		
• Total			_____ \$

Provisions

• Alimentaires	_____ \$	Repas au restaurant	_____
• Non alimentaires	_____		
• Total			_____ \$

Habillement

• Pour enfants vivant avec vous	_____ \$	Pour vous-même	_____
• Autre (préciser)	_____		
• Total			_____ \$

Transports

• Autobus/taxi	_____ \$	Dépréciation	_____
• Essence/pétrole	_____	Réparations	_____
• Assurance/immatriculation	_____	Autre (préciser)	_____
• Total			_____ \$

Assurance contre les frais médicaux et dentaires – si la prime s'ajoute à celle déjà déduite du salaire brut (talon de paye)

• Assurance médicale	_____ \$	Frais dentaires	_____
• Spécialiste dentaire	_____	Ordonnances	_____
• Autre (thérapie, vitamines)			
• Total:			_____ \$

Dépenses diverses

- Paiement des dettes (ci-dessous) _____ \$
 - Fournitures/frais scolaires _____
 - Gardienne/garderie _____
 - Buanderie/nettoyeur _____
 - Église/œuvres caritatives _____
 - Noël/anniversaires _____
 - Divertissement (ciné, club vidéo) _____
 - Alcool _____
 - Frais juridiques _____
 - Autre (préciser) _____
 - Autre (préciser) _____
- Autre assurance _____
 - Allocations des enfants _____
 - Coupe de cheveux/coiffure _____
 - Droits : association sport., etc. _____
 - Cadeaux _____
 - Fonds de vacances _____
 - Tabac _____
 - Journaux/revues _____
 - Urgences _____
 - Autre (préciser) _____
 - Autre (préciser) _____
- Total _____ \$

Total des dépenses _____ \$

Liste des créanciers et modalités de remboursement (y compris, le cas échéant, le remboursement d'un prêt auto)

NOM DU CRÉANCIER	PRODUIT OU SERVICE OBTENU	SOMME DUE (SOLDE)	PAIEMENT MENSUEL

RAPPEL : AVEZ-VOUS ÉNONCÉ VOTRE PROPOSITION EN PAGE 2? VOUS DEVEZ REMPLIR L'ENCADRÉ AVANT DE RENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE.

 (Signature) (Date)