

| | | | |
|--|---------------|---|-------------------------------------|
| Remplissez UNIQUEMENT la présente formule pour autoriser une autre personne que vous à fournir des renseignements au Bureau des obligations familiales (BOF) concernant votre dossier et à en recevoir. | | | |
| Nom du client ou de la cliente du BOF : | | Je suis : | |
| | | <input type="checkbox"/> le payeur ou la payeuse des aliments <input type="checkbox"/> le ou la bénéficiaire des aliments | |
| Adresse : | | App. : | Ville : |
| | | | |
| Province : | Code postal : | Téléphone au travail ou cellulaire : | Pays : (si à l'extérieur du Canada) |
| | | | |
| Numéro de cas du BOF : | | | |
| | | | |

En apposant ma signature au bas de la formule, j'accepte les conditions suivantes :

1. J'autorise la personne désignée ci-dessous à agir en mon nom pour toute question relative à mon dossier auprès du BOF.
2. En vertu de la présente autorisation, la personne désignée ci-dessous peut fournir au BOF tout renseignement pertinent à mon dossier.
3. En vertu de la présente autorisation, le BOF et ses représentants peuvent fournir des renseignements pertinents à mon dossier à la personne désignée ci-dessous.
4. Je comprends que je dois aviser immédiatement et par écrit le BOF si je décide de ne plus autoriser la personne désignée ci-dessous à agir en mon nom. Dans un tel cas, je devrai remplir la formule intitulée « Annulation de l'autorisation d'un tiers » ou fournir au BOF une lettre signée à cet effet.
5. Je comprends que je dois me conformer à certaines obligations en vertu de la *Loi de 1996 sur les obligations familiales et l'exécution des arriérés d'aliments*, lesquelles continuent de s'appliquer en ma qualité de payeur, de payeuse ou de bénéficiaire, selon le cas.

| | | |
|---|---------------|--|
| J'autorise la personne suivante à agir en mon nom auprès du BOF : | | Date de naissance du tiers : (JJ/MM/AAAA) |
| | | |
| Adresse du tiers : | App. : | Ville : |
| | | |
| Province : | Code postal : | Pays : (si à l'extérieur du pays) |
| | | |

Apposez votre signature et inscrivez la date ci-dessous.

| | | |
|--|---|---------------------|
| Signature du client ou de la cliente du BOF : | | Date : (JJ/MM/AAAA) |
| | | |
| Retournez la formule dûment remplie à l'adresse suivante : | Retournez la formule dûment remplie par télécopieur au : | |
| Bureau des obligations familiales CP 200 Succ. A Oshawa ON L1H 0C5 | 416 240-2401 | |