

# Feuillet de renseignements sur la délégation des droits à la pension alimentaire



Ministère des Ressources humaines  
Programme de soutien familial

## DÉLÉGATION DE DROITS À LA PENSION ALIMENTAIRE

Les renseignements personnels fournis dans ce formulaire sont réunis à des fins administratives sous le sceau de la Loi sur l'aide à l'emploi et de la Loi sur l'aide à l'emploi pour personnes handicapées. La collecte, l'utilisation ou la divulgation de renseignements personnels sont assujetties aux dispositions de la Loi sur la liberté d'accès à l'information et la protection de la vie privée. Pour toute question concernant ces renseignements, vous adresser à votre centre local d'aide à l'emploi.

NUMÉRO DE DOSSIER :

GA

En vertu de la Loi sur l'aide à l'emploi et de la Loi sur l'aide à l'emploi pour personnes handicapées,

en contrepartie des prestations qui me sont payées par le Ministre, je, \_\_\_\_\_

(NOM EN LETTRES MOULÉES)

par la présente, délègue au Ministre des Ressources humaines (Le Ministre),

tous mes droits à la pension alimentaire conformément au Règlement, y compris le droit de :

- présenter une demande d'ordonnance alimentaire en vertu d'un texte de loi de la Colombie-Britannique;
- conclure une entente alimentaire;
- préparer ou défendre une demande de modification à une entente alimentaire ou une ordonnance alimentaire;
- recevoir un paiement en vertu:
  - d'une entente ou d'une ordonnance alimentaire;
  - d'une ordonnance alimentaire conformément à la Loi sur la division des biens (C-57) ou autrement;
- faire observer une entente ou une ordonnance alimentaire;
- déposer une entente ou une ordonnance alimentaire devant la Cour de la Colombie-Britannique;
- déposer ou retracter une ordonnance alimentaire devant un tribunal de la Colombie-Britannique;
- déposer ou retracter une ordonnance alimentaire en vertu de la Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires;
- établir un arrangement de paiement avec un débiteur afin de recouvrer un arriéré.

**IMPORTANT: LISEZ LES CONDITIONS DE DÉLÉGATION AU VERSO ET APOSEZ VOS INITIALES AVANT DE SIGNER.**

J'ai pris connaissance des « CONDITIONS DE DÉLÉGATION DE DROITS » indiquées au verso de ce formulaire.

**LA PRÉSENTE DÉLÉGATION DE DROITS cesse d'être en vigueur :**

lorsque mon unité familiale ne reçoit plus l'aide sociale et qu'il n'y a plus d'arriéré non récupéré par le gouvernement, ET lorsque j'ai reçu à ma dernière adresse connue du Ministère un avis écrit de **CESSATION DE LA DÉLÉGATION**.

SIGNATURE DU CÉDANT :

DATE :

(AAAA MM JJ)

SIGNATURE DU TÉMOIN :

Nonobstant le texte ci-dessus, \_\_\_\_\_ (nom du requérant en lettres mouluées)

est **PAR LA PRÉSENTE AUTORISÉ à recevoir des paiements** directement de l'intimé en vertu d'une ordonnance ou d'une entente alimentaire, **OU, lorsque l'ordonnance est déposée auprès du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires (PEOACB), par l'entremise du PEOACB,** jusqu'à la réception d'un avis du Ministre.

INSCRIRE LE NOM DU AAE/AEOA :

DATE :

(AAAA MM JJ)

SIGNATURE DU AAE/AEOA :

CENTRE D'ASSISTANCE  
À L'EMPLOI :

## Section Autorisation

(Cette partie présente les droits à la pension alimentaire détenus par le gouvernement. Adressez-vous à votre agent d'exécution des ordonnances alimentaires pour de plus amples renseignements.)

Le gouvernement provincial a le droit :

- d'agir en mon nom pour préparer ou modifier une entente ou une ordonnance alimentaire;
- d'agir en mon nom si le payeur tente de réduire le montant de pension alimentaire;
- de faire exécuter les dispositions concernant la pension alimentaire;
- de recevoir les paiements de pension alimentaire en mon nom;
- de faire observer les ententes ou les ordonnances alimentaires à l'extérieur de la Colombie-Britannique; et
- de préciser les modalités de paiement afin de recouvrer un arriéré.

## Section Signature

(Vous devez faire authentifier vos initiales et votre signature par une personne d'âge adulte)

Cette délégation devient sans effet lorsque je n'ai plus besoin de l'aide sociale, toutes les sommes dues au gouvernement ont été payées, et j'ai reçu par écrit, un avis précisant que cette délégation est maintenant terminée.

## Section Délégation de droits

(Ne signez pas cette section; elle sera remplie par un agent d'aide à l'emploi (AAE) ou par un agent d'exécution des ordonnances alimentaires (AEOA).)

Jusqu'à ce que mon ordonnance soit déposée auprès du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires, je peux continuer à recevoir les paiements de pension alimentaire directement du parent payeur ou de mon ex-conjoint. Une fois l'ordonnance déposée, les paiements devront être acquittés par l'entremise du programme.

À titre d'exemple seulement. NE PAS SIGNER.

## CONDITIONS DE L'ENTENTE DE DÉLÉGATION

J'autorise le Ministre à fournir au Directeur de l'exécution des ordonnances alimentaires toute information nécessaire au dépôt et à l'exécution de mon ordonnance et à la supervision des paiements de pension alimentaire.

J'autorise le Directeur de l'exécution des ordonnances alimentaires à transmettre au Ministre toute information concernant mon admissibilité à recevoir l'aide sociale, et au paiement, à la supervision et à l'exécution de mon ordonnance de pension alimentaire.

J'autorise le Ministre à obtenir et à examiner les documents de la Cour nécessaires à l'exercice de ses droits de délégation.

Je vais coopérer avec le Ministre et avec le Directeur de l'exécution des ordonnances alimentaires, pour obtenir, de modifier ou de faire exécuter mon entente ou mon ordonnance alimentaire. Je m'engage à :

- fournir toute l'information et les vérifications pertinentes au sujet de : son nom, son adresse, le nom de son employeur et son salaire;
- fournir les noms, les âges et les adresses des personnes qui habitent au même lieu de résidence de tous les enfants, y compris les unions;
- à la demande du Ministre ou du Directeur de l'exécution des ordonnances alimentaires, me présenter à des ententes pour réduire et les procédures judiciaires concernant les droits de délégation;
- fournir un dossier de renseignements au nom d'intitulé de l'action pour toute ordonnance alimentaire.

Si, pendant toute la durée de la délégation en faveur du Ministre demeure en vigueur, je ne peux prendre aucune décision ou conclure aucune entente concernant le soutien familial mis en place sans la permission écrite du Ministre. Je reconnais que l'exercice sans autorisation, de n'importe lequel de ces droits délégués, pourrait avoir des conséquences sur mon admissibilité à recevoir l'aide sociale.

Dans le cas où un avocat présente ou conteste une poursuite en mon nom, je reconnais qu'il ou elle agit uniquement en faveur du gouvernement et qu'il n'existe pas de rapport procureur-client entre l'avocat et moi.

Il est entendu que seulement le Ministre a le pouvoir d'annuler, réduire ou autrement réviser l'arriéré de paiement qui lui est dû. Le gouvernement ne conclura aucune entente visant l'annulation ou la réduction de l'arriéré qui m'est dû en vertu de mon ordonnance ou de mon entente de pension alimentaire sans mon consentement.

Dans le cas où un arriéré de paiement non récupéré par le gouvernement est encore dû, certaines parties de cette entente resteront en vigueur même si je ne reçois plus l'aide sociale. Tant que l'arriéré n'est pas payé, il est entendu que seulement le Ministre a le droit de :

- rétracter une ordonnance alimentaire en vertu de la *Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires*;
- recevoir l'arriéré de pension alimentaire non récupéré par le gouvernement en vertu des droits délégués;
- contester une demande en vue de réduire ou d'annuler l'arriéré de pension alimentaire non récupéré par le gouvernement;
- prendre les dispositions nécessaires avec le débiteur pour le paiement de l'arriéré de pension alimentaire non récupéré par le gouvernement;
- faire observer l'ordonnance alimentaire en ce qui concerne l'arriéré non récupéré par le gouvernement.

INITIALES DU CÉDANT

## Section Conditions de délégation des droits

(Voici les modalités que vous acceptez lors de la délégation de vos droits à la pension alimentaire au ministère des Ressources humaines.)

- J'autorise le ministère des Ressources humaines à communiquer des renseignements sur mon ordonnance alimentaire et mon admissibilité à recevoir de l'aide sociale par l'entremise du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires.
- J'autorise le ministère à faire la demande en mon nom des documents juridiques nécessaires.
- Je m'engage à fournir tout renseignement personnel nécessaire aux fins d'obtenir, de modifier ou d'exécuter une ordonnance. Je serai présent(e) aux rendez-vous, aux réunions ou en cour, sur demande.
- Il m'est interdit d'établir une entente avec le parent payeur ou l'ex-conjoint sans la permission écrite du ministre. Si je le fais, je peux perdre mon admissibilité à l'aide sociale.
- Je reconnais que l'avocat(e) qui m'est assigné(e) travaille pour le gouvernement en mon nom. Il ou elle ne travaille pas directement pour moi.
- Je reconnais qu'aussi longtemps que je serai bénéficiaire de l'aide sociale, les paiements de pension alimentaire seront la propriété du gouvernement. Il appartient uniquement au gouvernement d'annuler ou de réduire l'arriéré qui lui est dû ou de prendre des dispositions à son égard. Le gouvernement ne peut annuler ou réduire un arriéré qui m'est dû sans mon autorisation.
- Cette entente demeurera en vigueur aussi longtemps que je recevrai l'aide sociale et qu'aucun arriéré ne sera dû au gouvernement.