



NWT Maintenance Enforcement Program PAYOR REGISTRATION

Use this form to register as a Payor. You are a Payor if you have a court order or legal agreement that indicates you are to make support payments for your child and/or spouse.

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO INSCRIPTION DU PAYEUR

Utilisez ce formulaire pour vous inscrire en tant que payeur. Vous êtes un payeur si une ordonnance du tribunal ou une entente juridique établit que vous devez verser une pension alimentaire pour votre enfant ou votre conjoint.

For MEP Use Only / Réserve à l'usage du PEOA		
MEP File Number:	File Assigned To :	Opening Date (dd/mm/yy):

Payor Information / Renseignements sur le payeur

First and Middle Name: Prénom(s) :	Last Name: Nom de famille :		
Other Name(s) You Use or Have Used: Autre(s) nom(s) que vous utilisez ou avez utilisé(s) :	Gender: Genre :	Birthdate (dd/mm/yy): Date de naissance (jj/mm/aa) :	
NWT Health Care Number: N° d'assurance-maladie des TNO :	Social Insurance Number: N° d'assurance sociale :		
Present Marital Status: État civil actuel :	<input type="checkbox"/> Single Célibataire <input type="checkbox"/> Married Marié(e) <input type="checkbox"/> Common Law Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Separated/Divorced Séparé(e)/divorcé(e)		
Mailing Address: Adresse postale :	City: Ville :	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :
Physical Address (if different from above): Adresse municipale (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus) :	City: Ville :	Province/Territory: Province ou territoire :	
Home Phone Number: N° de téléphone à domicile :	Work Phone Number: N° de téléphone au travail :	Cell Phone Number: N° de téléphone cellulaire :	
Email Address: Adresse courriel :			

Registration With a Maintenance Enforcement Program in Another Jurisdiction

Inscription à un programme d'exécution des ordonnances alimentaires dans une autre province ou un autre territoire

Have You Ever Been Registered With a Maintenance Enforcement Program in Another Jurisdiction?

If "yes", please complete the boxes in the following row.

Avez-vous déjà été inscrit à un programme d'exécution des ordonnances alimentaires dans une autre province ou un autre territoire? Si oui, veuillez remplir les cases de la ligne suivante.

No
Non Yes
Oui

Province/Territory: Province ou territoire :	MEP File Number: N° de dossier PEOA :	Judicial Centre: Centre judiciaire :	When Did Your File Close? (dd/mm/yy): Quand votre dossier a-t-il été fermé? (jj/mm/aa) :

Recipient Information / Renseignements sur le bénéficiaire

The information below will be used to contact the recipient to verify their details before the file can be formally established.

Les renseignements ci-dessous seront utilisés pour contacter le bénéficiaire afin de vérifier ses renseignements avant que le dossier soit officiellement créé.

First and Middle Name:
Prénom(s) :

Last Name:
Nom de famille :

Other Name(s) They Use or Have Used:
Autre(s) nom(s) que la personne utilise ou a utilisé(s) :

Gender:
Genre :

Birthdate (dd/mm/yy):
Date de naissance (jj/mm/aa) :

Mailing Address:
Adresse postale :

City:
Ville :

Province/Territory:
Territoire :

Postal Code:
Code postal :

Home Phone Number:
N° de téléphone à domicile :

Work Phone Number:
N° de téléphone au travail :

Cell Phone Number:
N° de téléphone cellulaire :

Email Address:
Adresse courriel :

Name of Individual We Could get in Touch With in Case We Lose Contact With the Recipient
Nom de la personne à contacter au cas où nous ne parviendrions plus à contacter le bénéficiaire

Name of Individual:
Nom de la personne :

Relationship to Individual:
Lien avec cette personne :

Telephone Number of Individual:
Numéro de téléphone de la personne :

List all Court Orders and Agreements Dealing with Child and/or Spousal Support
Liste de toutes les ordonnances du tribunal et ententes en matière de pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint

Date Granted Date	Court Tribunal	Location Lieu
1.		
2.		
3.		
4.		

Name of Child(ren) Being Claimed in the Court Order (must be named in order/agreement)
Nom du ou des enfants faisant l'objet de l'ordonnance du tribunal (doivent être nommés dans l'ordonnance ou l'entente)

First Name Prénom	Middle Name Second prénom	Last Name Nom de famille	Gender Genre	Date of Birth (dd/mm/yy) Date de naissance (jj/mm/aa)



**NWT Maintenance Enforcement Program
PAYOR DECLARATION**

**Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO
DÉCLARATION DU PAYEUR**

I understand that MEP has the following expectations of me while my order/agreement is registered with the program.

1. I will work in partnership with MEP to ensure my maintenance obligations are met.
2. I will promptly inform MEP of any changes to the following:
 - a. My address, phone numbers, and email address
 - b. Payment arrangements
 - c. My maintenance orders/agreements
 - d. My child(ren) status (e.g. a change in custody or parenting terms, child turns 19 years of age and is no longer a full-time student, child has moved out, etc)
 - e. My place of employment, income and other financial information
3. I understand that if I fail to provide accurate contact information for the Recipient, I may not be able to register with MEP.
4. I will pay all maintenance payments through MEP and not directly to the recipient. If I do pay the recipient directly, I will get a receipt and report the payment immediately to MEP in writing. Continued direct payments may result in the closing of the file.
5. I understand that the declared arrears will be verified with the Recipient should they choose to register with MEP.
6. I will ensure that the amount of my monthly payments matches the amount I owe according to the court order/agreement and that the payment date is on or before the due date set out in the order/agreement.
7. I understand that I will contact MEP as soon as possible if there is any reason I cannot make my payments.
8. If I wish to withdraw from the program, I must notify MEP in writing in accordance with section 6 of the *Maintenance Orders Enforcement Act*.
9. All information I have provided on this registration is true and correct to the best of my knowledge and belief.
10. I understand that all information provided by me to MEP shall be strictly kept confidential.

The payment history of my maintenance order/agreement is:

I do not owe any arrears. The next support payment is due on _____ based on my latest court order/agreement
Date (dd/mm/yy)
dated _____ .
Date (dd/mm/yy)

OR

I do owe the recipient arrears. I am including a completed Payor's Statement of Arrears and the Calculation of Arrears Worksheet with this registration.

Je comprends que le PEOA a les attentes ci-dessous à mon égard pendant que mon ordonnance ou entente est inscrite au programme.

1. Je travaillerai en partenariat avec le PEOA afin de m'assurer de respecter mes obligations relatives aux pensions alimentaires.
2. J'informerai rapidement le PEOA de tout changement concernant les éléments suivants :
 - a. Mon adresse, mes numéros de téléphone et mon adresse courriel;
 - b. Mes ententes de paiement;
 - c. Mes ordonnances ou ententes alimentaires;
 - d. La situation concernant mon ou mes enfants (p. ex., un changement dans la garde ou les arrangements parentaux, un enfant qui a atteint l'âge de 19 ans et qui n'est plus étudiant à plein temps, un enfant qui a déménagé, etc.);
 - e. Mon lieu de travail, mes revenus et d'autres informations financières.
3. Je comprends que si je ne fournis pas les coordonnées exactes du bénéficiaire, je risque de ne pas pouvoir m'inscrire au PEOA.
4. Je ferai tous les paiements de pension alimentaire par l'intermédiaire du PEOA et non directement au bénéficiaire. Si je fais un paiement directement au bénéficiaire, j'obtiendrai un reçu et je signalerai immédiatement le paiement par écrit au PEOA. Le fait de continuer à effectuer des paiements directs peut entraîner la fermeture du dossier.
5. Je comprends que les arriérés déclarés seront vérifiés auprès du bénéficiaire s'il choisit de s'inscrire au PEOA.
6. Je m'assurerai que le montant de mes paiements mensuels corresponde au montant que je dois selon l'ordonnance du tribunal ou l'entente et que le paiement soit effectué au plus tard à la date d'échéance fixée dans l'ordonnance ou l'entente.
7. Je comprends que je dois contacter le PEOA dès que possible si je ne peux pas effectuer mes paiements pour une raison ou une autre.
8. Si je souhaite me retirer du programme, je dois en informer le PEOA par écrit, conformément à l'article 6 de la *Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires*.
9. Tous les renseignements que j'ai fournis dans le cadre de cette inscription sont, à ma connaissance, vrais et exacts.
10. Je comprends que tous les renseignements que je fournis au PEOA demeureront strictement confidentiels.

L'historique des paiements relatifs à mon ordonnance ou entente alimentaire est le suivant :

Je ne dois aucun arriéré. Mon prochain paiement de pension alimentaire est dû le _____ en vertu de ma plus récente ordonnance
Date (jj/mm/aa)
ou entente datée du _____ .
Date (jj/mm/aa)

OU

Je dois des arriérés au bénéficiaire. Je joins à cette inscription un état des arriérés du payeur dûment rempli et la feuille de calcul des arriérés.

Date completed (dd/mm/yy)
Date (jj/mm/aa)

Print Name:
Nom en caractères d'imprimerie :

X

Payor's Signature / Signature du payeur



**NWT Maintenance Enforcement Program
CALCULATION OF ARREARS**

**Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO
CALCUL DES ARRIÉRÉS**

Name: Nom :	MEP File Number: Numéro de dossier du PEOA :
----------------	---

Completion Instructions	Instructions
<ul style="list-style-type: none"> Refer to your maintenance order to complete the Worksheet. Please include both the Payor's Statement of Arrears and Calculation of Arrears Worksheet with your registration. MEP requires original signatures. Please do not fax or send photocopies. If your court order lists a lump sum arrears, and/or courts costs, include these on the Calculation of Arrears Worksheet in the month they were awarded (see sample worksheet on next page). Arrears are only to be claimed up to the date the Payor's Statement of Arrears is signed and dated. Do not include percentage-based or receipt-based expenses on the worksheet or in the Payor's Statement of Arrears. Do not return page 2 (sample worksheet) to MEP. Once completed, return to the Maintenance Enforcement Program: NWT Maintenance Enforcement Program 3rd Floor, YK Centre East #17, 4915 48th Street Yellowknife, NT X1A 3S4 Telephone: (867) 767-9258 Fax: (867) 873-0106 Toll Free: 1 (800) 661-0798 Email: MEP@gov.nt.ca 	<ul style="list-style-type: none"> Reportez-vous à votre ordonnance alimentaire pour remplir la feuille de calcul. Veuillez joindre à votre inscription le relevé des arriérés du payeur et la feuille de calcul des arriérés. Le PEOA exige les signatures originales. Veuillez ne pas télécopier le document ni envoyer des photocopies. Si l'ordonnance du tribunal prévoit un montant forfaitaire d'arriérés ou des frais de justice, incluez-les dans la feuille de calcul des arriérés dans le mois où ils ont été accordés (voir les exemples de feuille de calcul à la page suivante). Les arriérés peuvent être réclamés seulement jusqu'à la date à laquelle le relevé des arriérés du payeur a été signé et daté. N'incluez pas les dépenses basées sur un pourcentage ou sur des reçus dans la feuille de calcul ou dans le relevé des arriérés du payeur. N'envoyez pas la page 2 (exemples de feuille de calcul) au PEOA. Une fois le document rempli, envoyez-le au PEOA à l'adresse suivante : Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO YK Centre Est, 3^e étage 4915, 48^e Rue, bureau 17 Yellowknife NT X1A 3S4 Téléphone : 867-767-9258 Télécopieur : 867-873-0106 Sans frais : 1-800-661-0798 Courriel : MEP@gov.nt.ca

How to Complete the Worksheet	Comment remplir la feuille de calcul
<ul style="list-style-type: none"> Enter the year you are claiming for in the Year box. Enter the monthly amount due in the Amount Due column. Enter the amount received in the Amount Paid column. Enter the difference (amount due – amount paid) in the Arrears column. Add the number in the previous "Arrears" box to ensure a cumulative total. The last number on this worksheet should match the amount of arrears being claimed in the Payor's Statement of Arrears. Please read Page 2 of this document. We have provided you with 4 different examples to help you fill out this form. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscrivez l'année visée par la réclamation dans la case « Année ». Inscrivez le montant mensuel dû dans la colonne « Montant dû ». Inscrivez le montant payé dans la colonne « Montant payé ». Inscrivez la différence entre le montant dû et le montant payé dans la colonne « Arriérés ». Additionnez-y le montant figurant dans la case « Arriérés » précédente pour obtenir le total cumulatif. Le dernier chiffre au bas de la feuille de calcul doit correspondre au montant des arriérés déclarés dans l'état des arriérés du payeur. Veuillez consulter la page 2 de ce document. Elle présente quatre exemples différents pour vous aider à remplir la feuille de calcul.

CALCULATION OF ARREARS WORKSHEET EXAMPLES

EXEMPLE DE CALCUL DES ARRIÉRÉS

Order with Lump Sum Arrears and Repayment Term Ordonnance avec montant forfaitaire d'arriérés et remboursement

Year Année	2021	Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier		\$5,000	\$0	\$5,000
February / février		\$500	\$500	\$5,000
March / mars		\$500	\$600	\$4,900
April / avril		\$500	\$700	\$4,700
May / mai		\$500	\$600	\$4,600
June / juin		\$500	\$0	\$5,100
July / juillet		\$500	\$0	\$5,600
August / août		\$500	\$600	\$5,500
September / septembre		\$500	\$600	\$5,400
October / octobre		\$500	\$600	\$5,300
November / novembre		\$500	\$600	\$5,200
December / décembre		\$500	\$900	\$4,800

The above example is based on an order date February 2, 2021.

- It sets arrears at \$5,000 as of January 31, 2021.
- It sets ongoing maintenance of \$500 per month on February 1, 2021.
- It grants a monthly payment of \$100 per month towards arrears.
- Note that you start by claiming the set arrears in the month they were awarded. Then you add only the monthly maintenance. You do not claim the \$100 repayment you would monthly.
- You will claim \$4,800 on the Payor's Statement of Arrears and the dates will be January 31, 2021 – December 31, 2021 or to the date you sign the Affidavit, whichever is earlier.

L'exemple ci-dessus est basé sur une ordonnance datée du 2 février 2021.

- Elle fixe les arriérés à 5 000 \$ en date du 31 janvier 2021.
- Elle fixe une pension alimentaire de 500 \$ par mois à partir du 1^{er} février 2021.
- Elle accorde un paiement mensuel de 100 \$ par mois pour rembourser les arriérés.
- Vous commencez par déclarer le montant fixé pour les arriérés au mois où ils ont été accordés. Ensuite, vous n'ajoutez que la pension alimentaire mensuelle. Vous n'ajoutez pas le remboursement de 100 \$ par mois.
- Vous déclarerez 4 800 \$ sur l'état des arriérés du payeur et les dates seront du 31 janvier 2021 au 31 décembre 2021 ou jusqu'à la date à laquelle vous signez l'affidavit, selon la première éventualité.

Order with Maintenance and Expense Term Ordonnance avec pension alimentaire et dépenses

Year Année	2021	Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier		\$500	\$0	\$500
February / février		\$500	\$500	\$500
March / mars		\$500	\$600	\$400
April / avril		\$500	\$700	\$200
May / mai		\$500	\$600	\$100
June / juin		\$500	\$0	\$600
July / juillet		\$500	\$0	\$1,100
August / août		\$500	\$600	\$100
September / septembre		\$500	\$600	\$900
October / octobre		\$500	\$600	\$800
November / novembre		\$500	\$600	\$700
December / décembre		\$500	\$900	\$300

The above example is based on an order date February 2, 2021.

- It grants \$400 for maintenance and \$100 for expenses per month due on the first of each month effective January 1, 2021.
- You will claim \$300 on the Affidavit of Arrears and the dates will be January 31, 2021 - December 31, 2021 or to the date you sign the Affidavit, whichever is earlier.

L'exemple ci-dessus est basé sur une ordonnance datée du 2 février 2021.

- Elle accorde une pension alimentaire de 400 \$ et un montant de 100 \$ pour les dépenses par mois, payables le premier de chaque mois à compter du 1^{er} janvier 2021.
- Vous déclarerez 300 \$ sur l'affidavit des arriérés et les dates seront du 31 janvier 2021 au 31 décembre 2021 ou jusqu'à la date à laquelle vous signez l'affidavit, selon la première éventualité.

**Order with Lump Sum Arrears,
Repayment and Court Costs
Ordonnance avec montant forfaitaire d'arriérés,
remboursement et frais de justice**

Year Année	2021	Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier		\$5,000	\$0	\$5,000
February / février		\$1,000	\$1,600	\$4,400
March / mars		\$1,500	\$1,000	\$4,800
April / avril		\$1,000	\$1,000	\$4,700
May / mai		\$1,000	\$1,000	\$4,600
June / juin		\$1,000	\$1,000	\$4,500
July / juillet		\$1,000	\$1,000	\$4,400
August / août		\$1,000	\$1,000	\$4,300
September / septembre		\$1,000	\$1,000	\$4,200
October / octobre		\$1,000	\$1,000	\$4,100
November / novembre		\$1,000	\$1,000	\$400
December / décembre		\$1,000	\$1,000	\$3,900

The above example is based on an order date February 2, 2021.

- It sets arrears at \$5,000 as of January 31, 2021.
- It sets ongoing maintenance of \$500 per month on February 1, 2021.
- It grants \$500 per month for spousal support on February 1, 2021.
- It grants \$500 for court costs due March 1, 2021.
- It grants a monthly payment of \$100 per month towards arrears.
- Note that you start by claiming the set arrears in the month they were awarded. Then you add only the monthly maintenance. You do not claim the \$100 repayment you would monthly.

L'exemple ci-dessus est basé sur une ordonnance datée du 2 février 2021.

- Elle fixe les arriérés à 5 000 \$ en date du 31 janvier 2021.
- Elle fixe une pension alimentaire de 500 \$ par mois à partir du 1^{er} février 2021.
- Elle accorde une pension alimentaire pour conjoint de 500 \$ par mois le 1^{er} février 2021.
- Elle accorde un montant de 500 \$ pour les frais de justice, dû le 1^{er} mars 2021.
- Elle accorde un paiement mensuel de 100 \$ par mois pour rembourser les arriérés.
- Vous commencez par déclarer le montant fixé pour les arriérés au mois où ils ont été accordés. Ensuite, vous n'ajoutez que la pension alimentaire mensuelle. Vous n'ajoutez pas le remboursement de 100 \$ par mois.

**Order with Lump Sum Arrears and Terms
Due Last Day of Month
Ordonnance avec montant forfaitaire d'arriérés
et paiements dus le dernier jour du mois**

Year Année	2021	Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier		\$0	\$0	\$0
February / février		\$500	\$500	\$0
March / mars		\$500	\$500	\$0
April / avril		\$500	\$400	\$100
May / mai		\$5,500	\$5,500	\$100
June / juin		\$500	\$0	\$600
July / juillet		\$500	\$0	\$1,100
August / août		\$500	\$600	\$1,000
September / septembre		\$500	\$600	\$900
October / octobre		\$500	\$600	\$800
November / novembre		\$500	\$600	\$700
December / décembre				\$700

The above example is based on an order date February 2, 2021.

- It sets arrears at \$5,000 as of January 31, 2021, the \$5,000 is due by May 31, 2021.
- It grants \$400 for maintenance and \$100 for expenses per month. Payments are due on the last day of the month commencing January 31, 2021.
- You sign the Payor's Statement of Arrears on December 27, 2021.
- Note that December's payment is not yet due so you can not claim it.
- You will claim \$700 on the Affidavit of Arrears and the dates will be January 31, 2021 – December 27, 2021.
- Note that the January 31, 2021 charge is included in the set arrears so it cannot be claimed in January, 2021.

L'exemple ci-dessus est basé sur une ordonnance datée du 2 février 2021.

- Elle fixe les arriérés à 5 000 \$ en date du 31 janvier 2021. Le montant de 5 000 \$ est dû le 31 mai 2021.
- Elle accorde une pension alimentaire de 400 \$ et un montant de 100 \$ pour les dépenses par mois. Les paiements sont dus le dernier jour du mois à partir du 31 janvier 2021.
- Vous signez le relevé des arriérés du payeur le 27 décembre 2021.
- Le paiement de décembre n'est pas encore dû, il ne peut donc pas être réclamé.
- Vous déclarerez 700 \$ sur l'affidavit des arriérés et les dates seront du 31 janvier 2021 au 27 décembre 2021.
- Le paiement du 31 janvier 2021 est inclus dans le montant fixé pour les arriérés et il ne peut donc pas être déclaré en janvier 2021.

The above scenarios are examples only to provide you with a guideline of how to claim your arrears. They give you examples of the most common arrears claims that recipients make. The terms of your order/agreement may differ. Please always keep in mind the date charges are due when claiming monthly amounts. Do not claim the current month if it is not due. If your terms are the 1st and 15th and it is the 14th, you can only claim the amount owed for the 1st.

Les scénarios ci-dessus ne sont fournis qu'à titre d'exemple pour vous donner une idée de la manière de déclarer vos arriérés. Il s'agit d'exemples des réclamations d'arriérés les plus courantes faites par les bénéficiaires. Les conditions de votre ordonnance ou entente peuvent être différentes. Veuillez toujours garder à l'esprit la date à laquelle les paiements sont dus lorsque vous déclarez des montants mensuels. Le paiement du mois en cours ne doit pas être réclamé s'il n'est pas encore dû. Si les échéances des paiements sont le 1^{er} et le 15, et que nous sommes le 14, seul le montant dû le 1^{er} peut être réclamé.

WORKSHEET FOR CALCULATION OF ARREARS

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

FEUILLE DE CALCUL DES ARRIÉRÉS

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

Year Année		Amount Due Montant dû	Amount Paid Montant payé	Arrears Arriérés
January / janvier				
February / février				
March / mars				
April / avril				
May / mai				
June / juin				
July / juillet				
August / août				
September / septembre				
October / octobre				
November / novembre				
December / décembre				
Total				

Please write this Grand Total amount in Line 3 of the **Payor's Statement of Arrears Form**.
Veuillez inscrire le montant du total général à la ligne 3 du **relevé des arriérés du payeur**.

Grand total _____ \$



**NWT Maintenance Enforcement Program
PAYOR'S STATEMENT OF ARREARS**

**Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO
RELEVÉ DES ARRIÉRÉS DU PAYEUR**

Completion Instructions

- Enter the court file number found on your court order.
- Complete the Payor and Recipient sections, including address information.
- **On Line 1** – Enter the date the order/agreement you are claiming under was granted, the name of the court and the city or town where the order/agreement was made.
- **On Line 2** – Use the Calculation of Arrears Worksheet to determine the amount of money you are owed. Enter the period of time that the arrears are owed for, starting with the first year. Ensure the "to" date is not past the date that you sign this document.
- **On Line 3** – Enter the "Grand Total" amount from the Calculation of Arrears Worksheet into the "Amount Owing" field.
- Return the completed original (not a copy) to MEP.
- Ensure that the arrears you are claiming are accurate. Where a false Payor's Statement of Arrears has been provided, the Maintenance Enforcement Program may decline to enforce the maintenance order.

NWT Maintenance Enforcement Program

3rd Floor, YK Centre East
#17, 4915 48th Street
Yellowknife, NT X1A 3S4

Telephone: (867) 767-9258 Fax: (867) 873-0106
Toll Free: 1 (800) 661-0798 Email: MEP@gov.nt.ca

Instructions

- Inscrivez le numéro de dossier du tribunal figurant sur votre ordonnance du tribunal.
- Remplissez les sections sur le payeur et le bénéficiaire, y compris les coordonnées.
- À la ligne 1, inscrivez la date à laquelle l'ordonnance ou l'entente en vertu de laquelle vous présentez votre dossier a été établie, le nom du tribunal et le lieu.
- À la ligne 2, utilisez la feuille de calcul des arriérés pour déterminer le montant qui vous est dû. Indiquez la période pour laquelle les arriérés sont dus, en commençant par la première année. Assurez-vous que la date de fin de la période n'est pas postérieure à la date à laquelle vous signez ce document.
- À la ligne 3, inscrivez le total général de la feuille de calcul des arriérés dans le champ « Montant total dû ».
- Envoyez le document original rempli (et non une copie) au PEOA.
- Assurez-vous que les arriérés que vous déclarez sont exacts. Si un faux relevé des arriérés du payeur est fourni, le PEOA peut refuser d'exécuter l'ordonnance alimentaire.

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO

YK Centre Est, 3^e étage
4915, 48^e Rue, bureau 17
Yellowknife NT X1A 3S4

Téléphone : 867-767-9258 Télécopieur : 867-873-0106
Sans frais : 1-800-661-0798 Courriel : MEP@gov.nt.ca

Court File Number:
Numéro de dossier du tribunal :

MEP File Number:
Numéro de dossier du PEOA :

Payor / Payeur

Name:
Nom :

Address: Adresse :	City: Ville:	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :
-----------------------	-----------------	---	-------------------------------

Recipient / Bénéficiaire

Name:
Nom :

Address: Adresse :	City: Ville:	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :
-----------------------	-----------------	---	-------------------------------

I, _____, the Payor confirm that:

Print Name

LINE 1

There was a maintenance order/agreement made on _____
Date (dd/mm/yy)

in the _____ at _____
Court Location

LINE 2

The arrears that I owe that have accumulated under this order/agreement are
from _____ to _____
Date (dd/mm/yy) Date (dd/mm/yy)

LINE 3

Total Amount Owing \$ _____.

STATEMENT

I understand that my registration is voluntary and that the Maintenance Enforcement Program may terminate registration should the recipient take steps to register the order/agreement with the Maintenance Enforcement Program.

I make this statement for the purpose of registering with the Maintenance Enforcement Program. I acknowledge that collection by the Maintenance Enforcement Program is pursuant to the *Maintenance Orders Enforcement Act*.

Je soussigné(e), _____, le payeur,

Nom en caractères d'imprimerie

confirme les faits ci-dessous :

LIGNE 1

Une ordonnance ou une entente de pension alimentaire

a été établie le _____
Date (jj/mm/aa)

par le _____ de _____
Tribunal Lieu

LIGNE 2

Les arriérés que je dois en vertu de cette ordonnance ou entente se sont

accumulés du _____ au _____
Date (jj/mm/aa) Date (jj/mm/aa)

LIGNE 3

Le montant total dû est de _____ \$.

DÉCLARATION

Je comprends que mon inscription est volontaire et que le Programme d'exécution des ordonnances alimentaires peut résilier mon inscription si le bénéficiaire prend des mesures pour inscrire l'ordonnance ou l'entente auprès du programme.

Je fais cette déclaration dans le but de m'inscrire au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires. Je reconnais que le recouvrement effectué par le programme se fait conformément à la *Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires*.

X

Signature of Payor / Signature du payeur

Date (dd/mm/yy) / Date (jj/mm/aa)

Declaration

Personal information contained on this form is collected under section 40(c)(i) of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*. The information is needed to allow the NWT Maintenance Enforcement Administrator to monitor, enforce, collect and disburse support obligations on registered maintenance orders and agreements.

If you have any questions related to the information collected on this form please contact:

NWT Maintenance Enforcement Program

3rd Floor, YK Centre East

#17, 4915 48th Street

Yellowknife, NT X1A 3S4

Telephone: (867) 767-9258 Fax: (867) 873-0106
Toll Free: 1 (800) 661-0798 Email: MEP@gov.nt.ca

Déclaration concernant les renseignements personnels

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis conformément à l'alinéa 40c)(i) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ces renseignements sont nécessaires pour permettre à l'administrateur du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO d'assurer le suivi, l'exécution, le recouvrement et le versement des pensions alimentaires liées aux ordonnances et aux ententes inscrites.

Si vous avez des questions concernant les renseignements recueillis au moyen du présent formulaire, communiquez avec :

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO

YK Centre Est, 3^e étage

4915, 48^e Rue, bureau 17

Yellowknife NT X1A 3S4

Téléphone : 867-767-9258 Télécopieur : 867-873-0106
Sans frais : 1-800-661-0798 Courriel : MEP@gov.nt.ca