PROGRAMME D'EXECUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES

ÉCHÉANCIER DE REMBOURSEMENT VOLONTAIRE DES ARRIÉRÉS

Nom (en lettres moulées)	N° du dossier PEOA

En plus de mes versements réguliers de pension alimentaire de _____ $ par_____,
semaine/mois
je propose de payer _____ $ par _____ pour régler les arriérés,
semaine/mois
à partir du _____.
semaine/mois/an

_____ _____
Signature *Date*

Veuillez joindre au présent document une formule d'États financiers personnels dûment remplie et la faire parvenir au PEOA à l'adresse suivante :

Programme d'exécution des ordonnances alimentaires
3e étage, YK Center East
#17, 4915-48 Street Yellowknife NT X1A 3S4

Tél. : (867) 767-9258
Sans frais : (800) 661-0798
Téléc. : (867)-873-0106

REMARQUE : Votre proposition doit prévoir des modalités de remboursement permettant d'acquitter les arriérés dans un délai raisonnable, sans quoi elle ne sera pas acceptée.