



## NWT Maintenance Enforcement Program RECIPIENT REGISTRATION

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

## Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO INSCRIPTION DU BÉNÉFICIAIRE

Utilisez ce formulaire pour vous inscrire en tant que bénéficiaire. Vous êtes un bénéficiaire si une ordonnance du tribunal ou une entente juridique établit que vous devez recevoir une pension alimentaire pour votre enfant ou vous-même.

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

### Recipient Information / Renseignements sur le bénéficiaire

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) :	
Present Marital Status: <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 :
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 :				
Social Insurance Number: N° d'assurance sociale :	Driver's Licence Number: N° de permis de conduire :		Province/Territory of Driver's License: Province ou territoire du permis de conduire :	
Have you tried to privately enforce this order? Avez-vous tenté de faire exécuter cette ordonnance de manière privée? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> Non				
If yes, what enforcement actions have you taken and are they still in place? Si oui, quelles mesures d'exécution avez-vous prises et sont-elles toujours en vigueur?				

**Name of Individual We Could get in Touch With in Case We Lose Contact With You**  
**Nom de la personne à contacter au cas où nous ne parviendrions plus à vous joindre**

Name of Individual: Nom du particulier :	Relationship to Individual: Lien avec cette personne :	Telephone Number of Individual: Numéro de téléphone de la personne :
---	---	---

**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       Yes  
 Non       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) :
---	--	---	---

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

**Payor Information / Renseignements sur le payeur**

First and Middle Name: Prénom(s) :		Last Name: Nom de famille :	
Other Name(s) the Payor Uses: Autre(s) nom(s) utilisé(s) par le payeur :		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 :	
Mailing Address: Adresse postale :		City: Ville :	Province/Territory: Province ou 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 :			
Driver's Licence Number: N° de permis de conduire :	Province/Territory of Driver's License: Province ou territoire du permis de conduire :	First Nation Band Member? Membre d'une bande des Premières Nations? <input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> Non Non	Band Name and Status/Registry Number: Nom de la bande et n° de statut ou de registre :
Payor's Mother's Maiden Name (Last name at her birth): Nom de jeune fille de la mère du payeur (nom de famille à sa naissance) :		Debtor's Place of Birth: Lieu de naissance du payeur :	Payor's Country of Birth: Pays de naissance du payeur :
Payor's Citizenship: Citoyenneté du payeur :		Passport: Passeport : <input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> Non Non	If yes, issued by which country? Si oui, délivré par quel pays?
Height: Taille :	Weight: Poids :	Eye Colour: Couleur des yeux :	Hair Colour: Couleur des cheveux : Glasses: Lunettes : <input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> Non Non <input type="checkbox"/> Unknown Inconnu
Payor's Ethnic Origin: Origine ethnique du payeur :		Payor's Distinguishing Marks or Features: Marques ou caractéristiques distinctives du payeur :	

**Relatives or friends who may know the location of the Payor / Parents ou amis qui peuvent savoir où se trouve le payeur**

Full Name: Nom complet :	Relationship to Payor: Relation avec le payeur :	Address: Adresse :	Telephone Number: Numéro de téléphone :
Full Name: Nom complet :	Relationship to Payor: Relation avec le payeur :	Address: Adresse :	Telephone Number: Numéro de téléphone :

**Payor's Employment / Emploi du payeur**

Current Employer: Employeur actuel :	Contact Name: Personne-ressource :	Telephone Number: N° de téléphone :
Payor Employer Mailing Address: Adresse postale de l'employeur du payeur :	City: Ville :	Province/Territory: Province ou territoire : Postal Code: Code postal :
Payor's Occupation(s): Métier(s) du payeur :		Gross Monthly Income: Revenus mensuels bruts :

**Payor's Previous Employment / Emploi précédent du payeur**

Name of Employer: Nom de l'employeur :	Year(s) Employed: Année(s) d'emploi :	Address: Adresse :	Telephone Number: N° de téléphone :
---	--	-----------------------	--

**Trade Union/Professional Association Membership / Adhésion à un syndicat ou à une association professionnelle**

(e.g. United Association of Plumbers and Pipefitters, College and Association of Registered Nurses of Alberta)  
(p. ex., United Association of Plumbers and Pipefitters ou College and Association of Registered Nurses of Alberta)

Name of Union/Association: Nom du syndicat ou de l'association :	Location: Lieu :	Telephone Number: N° de téléphone :
---	---------------------	--

**Motor Vehicle(s) (include company and recreational vehicles, etc.)  
Véhicule(s) motorisé(s) (y compris les véhicules d'entreprise, les véhicules récréatifs, etc.)**

Make: Marque :	Year: Année :	Colour: Couleur :	Licence Plate No: N° de plaque d'immatriculation :	Province/Territory: Province ou territoire :
Financed by: Financé par :			Serial Number: N° de série :	
Make: Marque :	Year: Année :	Colour: Couleur :	Licence Plate No: N° de plaque d'immatriculation :	Province/Territory: Province ou territoire :
Financed by: Financé par :			Serial Number: N° de série :	
Make: Marque :	Year: Année :	Colour: Couleur :	Licence Plate No: N° de plaque d'immatriculation :	Province/Territory: Province ou territoire :
Financed by: Financé par :			Serial Number: N° de série :	

Other Sources of Income/Outstanding Claims (e.g. rental or hobby income, Worker's Compensation, insurance disability, beneficiary of estate) and Assets  
(e.g. boats, trailers, tools/equipment, jewelry, etc.)

Autres sources de revenus ou réclamations en suspens (p. ex., revenus de location ou de loisirs, indemnités pour accident de travail, assurance invalidité ou bénéficiaire d'une succession) et actifs (p. ex., bateaux, remorques, outils, équipements, bijoux, etc.)

**Do You Have Any Concerns About Your Safety Because of the Enforcement of Your Maintenance Order?  
Avez-vous des inquiétudes quant à votre sécurité en raison de l'exécution de votre ordonnance alimentaire?**

<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> Non Non	<input type="checkbox"/> Don't Know Je ne sais pas	If yes, please explain: Si oui, veuillez expliquer pourquoi :
-------------------------------------	-------------------------------------	---	--

**Payor Financial Information / Renseignements financiers sur le payeur**

Chequing/Savings Accounts, Loans, RRSPs, LIRAs, LRIFs, Pensions, etc. / Comptes chèques ou d'épargne, prêts, REER, CRI, FRRI, pensions, etc.

Name of Bank/Financial Institution(s) Nom de l'institution financière	Address Adresse	Type of Account or Loan Type de compte ou de prêt	Account Number Numéro de compte



## Registration Checklist

**Please note:** Failure to include all completed documents will result in delays in registering your file.

- I have completed and provided the registration.
- I have signed the Recipient Declaration.
- I have provided original copies of all maintenance orders and agreements.
- I have completed and provided a Direct Deposit Form and provided back up banking information in the form of a void cheque or a personal identification statement from my bank.
- There are arrears due to me and I would like MEP to collect so I have completed the Recipient's Statement of Arrears:
  - Recipient's Affidavit of Arrears – and it has been sworn or affirmed by a Notary Public/Commissioner of Oaths
  - Calculation of Arrears Worksheet
- I have made all efforts to obtain the Payor's Social Insurance Number (SIN) so I can provide it to MEP, including checking my own tax information.
- I have kept a copy of all documents I am sending to MEP.
- I am sending all my documents together to:

### NWT Maintenance Enforcement Program

3<sup>rd</sup> Floor, YK Centre East

#17, 4915 48<sup>th</sup> Street

Yellowknife, NT X1A 3S4

Telephone: (867) 767-9258 Fax: (867) 873-0106

Toll Free: 1 (800) 661-0798 Email: MEP@gov.nt.ca

**After you have sent in your registration form and supporting documents, please remember:**

- You will be notified in writing once your file has been registered with MEP.
- All payments given to you by the Payor must be immediately reported to MEP in writing.
- Immediately notify MEP of any changes to your address, bank account, telephone number or child's eligibility.

## Liste de vérification pour l'inscription

**Remarque :** Si vous ne joignez pas tous les documents en bonne et due forme, votre inscription sera retardée.

- J'ai rempli et joint le formulaire d'inscription.
- J'ai signé la déclaration du bénéficiaire.
- J'ai fourni les copies originales de toutes les ordonnances et ententes de pension alimentaire.
- J'ai rempli et fourni un formulaire de dépôt direct et fourni des informations bancaires supplémentaires sous la forme d'un chèque annulé ou d'un relevé d'identification personnelle de ma banque.
- Des arriérés me sont dus et je voudrais que le PEOA les recouvre. J'ai donc rempli le relevé des arriérés du bénéficiaire :
  - Affidavit des arriérés du bénéficiaire (faisant l'objet d'un serment ou d'une affirmation solennelle auprès d'un notaire public ou d'un commissaire aux serments);
  - Feuille de calcul des arriérés.
- J'ai déployé tous les efforts possibles pour obtenir le numéro d'assurance sociale du payeur afin de le fournir au PEOA, notamment en consultant mes propres renseignements fiscaux.
- J'ai conservé une copie de tous les documents que j'envoie au PEOA.
- J'envoie tous mes documents ensemble à l'adresse suivante :

### Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO

YK Centre Est, 3<sup>e</sup> étage

4915, 48<sup>e</sup> 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

**Une fois votre formulaire d'inscription et les documents à l'appui envoyés, rappelez-vous que :**

- vous serez informé par écrit de l'inscription de votre dossier auprès du PEOA;
- tout paiement qui vous est remis par le payeur doit être immédiatement signalé par écrit au PEOA;
- vous devez informer immédiatement le PEOA de tout changement concernant votre adresse, votre compte bancaire, votre numéro de téléphone ou l'admissibilité de votre enfant.



**NWT Maintenance Enforcement Program  
RECIPIENT DECLARATION**

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

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.
2. I will inform MEP of any details I receive about the payor that may help MEP collect payments on my behalf. This includes information such as changes to the payor's address, contact information and employer.
3. I will promptly inform MEP of any changes to the following and I understand that failure to do so may result in my file being closed:
  - a. My address, phone numbers and email address
  - b. My banking information for direct deposit of payments
  - 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)
4. I will not accept any maintenance payments directly from the payor. I will ask that all payments are made through MEP. If the payor does pay me directly at any time, I will immediately report the payment to MEP in writing. Continued acceptance of direct payments may result in your file being closed.
5. I understand that paying parents are more likely to honour maintenance orders/agreements if their custody/access orders are being honoured.
6. I understand that MEP will take whatever steps it considers necessary to enforce my order/agreement and that when my file is open, I will not enforce the order/agreement myself.
7. If I wish to apply to withdraw from the program, I must notify MEP in writing in accordance with section 6 of the *Maintenance Orders Enforcement Act*. I understand that withdrawal is not automatic and is conditional on specific criteria being met.
8. All information I have provided on this registration is true and correct to the best of my knowledge and belief.
9. I understand that all information provided by me to MEP shall be strictly kept confidential.

**The payment history of my maintenance order/agreement is:**

The payor is up to date on payments and does not owe any arrears.

**OR**

The Payor is not up to date on payments and owes arrears. I am including a Recipient's Statement of Arrears and Calculation of Arrears Worksheet with this registration. If for any reason MEP cannot use my Recipient's Statement of Arrears, MEP will continue to collect the ongoing amount of maintenance.

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.
2. J'informerai le PEOA de tout renseignement sur le payeur que j'obtiens qui pourrait aider le programme à percevoir les paiements en mon nom. Il peut s'agir de renseignements comme le changement de l'adresse, des coordonnées ou de l'employeur du payeur.
3. J'informerai rapidement le PEOA de tout changement concernant les éléments suivants et je comprends que le fait de ne pas le faire peut entraîner la fermeture de mon dossier :
  - a. Mon adresse, mes numéros de téléphone et mon adresse courriel;
  - b. Mes renseignements bancaires pour le dépôt direct des paiements;
  - 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.);
4. Je n'accepterai aucun paiement de pension alimentaire directement du payeur. Je demanderai que tous les paiements soient effectués par l'intermédiaire du PEOA. Si le payeur me paie directement à un moment quelconque, je signalerai immédiatement le paiement par écrit au PEOA. Le fait de continuer à accepter des paiements directs peut entraîner la fermeture du dossier.
5. Je comprends que les parents payeurs sont plus susceptibles de respecter les ordonnances ou ententes de pension alimentaire si leurs ordonnances de garde ou de droit de visite sont respectées.
6. Je comprends que le PEOA prendra toutes les mesures qu'il jugera nécessaires pour exécuter mon ordonnance ou entente et que, tant que mon dossier est ouvert, je ne devrai pas faire appliquer moi-même l'ordonnance ou l'entente.
7. Si je souhaite demander à 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*. Je comprends que le retrait n'est pas automatique et qu'il est conditionnel au respect de critères précis.
8. Tous les renseignements que j'ai fournis dans le cadre de cette inscription sont, à ma connaissance, vrais et exacts.
9. 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 :**

Le payeur est à jour dans ses paiements et ne doit pas d'arriérés.

**OU**

Le payeur n'est pas à jour dans ses paiements et doit des arriérés. Je joins à cette inscription un relevé des arriérés du bénéficiaire et la feuille de calcul des arriérés. Si, pour une raison quelconque, le PEOA ne peut pas utiliser mon relevé des arriérés du bénéficiaire, le PEOA continuera à percevoir le montant de la pension alimentaire en vigueur.

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

Print Name:  
Nom en caractères d'imprimerie :

X

Recipient's Signature / Signature du bénéficiaire



## 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"><li>Refer to your maintenance order to complete the Worksheet. Please include both the Recipient's Statement of Arrears and Calculation of Arrears Worksheet with your registration. <b>MEP requires original signatures. Please do not fax or send photocopies.</b></li><li>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).</li><li>Arrears may only be claimed up to the date the document is sworn or affirmed. For example, you cannot claim arrears up to October 31, 2019, if the document is signed on October 15, 2019.</li><li>Do not include percentage-based or receipt-based expenses on the worksheet or in the Recipient's Statement of Arrears.</li><li>Do not return page 2 (sample worksheet) to MEP.</li><li>Once completed, return to the Maintenance Enforcement Program:</li></ul> <p><b>NWT Maintenance Enforcement Program</b> 3<sup>rd</sup> Floor, YK Centre East #17, 4915 48<sup>th</sup> Street. Yellowknife, NT X1A 3S4</p> <p>Telephone: (867) 767-9258 Fax: (867) 873-0106 Toll Free: 1 (800) 661-0798 Email: MEP@gov.nt.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Reportez-vous à votre ordonnance alimentaire pour remplir la feuille de calcul. Veuillez joindre à votre inscription le relevé des arriérés du bénéficiaire et la feuille de calcul des arriérés. <b>Le PEOA exige les signatures originales. Veuillez ne pas télécopier le document ni envoyer des photocopies.</b></li><li>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).</li><li>Les arriérés peuvent être réclamés seulement jusqu'à la date à laquelle le document a fait l'objet d'un serment ou d'une affirmation solennelle. Par exemple, vous ne pouvez pas réclamer des arriérés jusqu'au 31 octobre 2019 si le document a été signé le 15 octobre 2019.</li><li>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 bénéficiaire.</li><li>N'envoyez pas la page 2 (exemples de feuille de calcul) au PEOA.</li><li>Une fois le document rempli, envoyez-le au PEOA à l'adresse suivante :</li></ul> <p><b>Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO</b> YK Centre Est, 3<sup>e</sup> étage 4915, 48<sup>e</sup> Rue, bureau 17 Yellowknife NT X1A 3S4</p> <p>Téléphone : 867-767-9258 Télécopieur : 867-873-0106 Sans frais : 1-800-661-0798 Courriel : MEP@gov.nt.ca</p>

How to Complete the Worksheet	Comment remplir la feuille de calcul
<ul style="list-style-type: none"><li>Enter the year you are claiming for in the Year box.</li><li>Enter the monthly amount due in the Amount Due column.</li><li>Enter the amount received in the Amount Paid column.</li><li>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 Recipient's Statement of Arrears.</li><li>Please read Page 2 of this document. We have provided you with 4 different examples to help you fill out this form.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscrivez l'année visée par la réclamation dans la case « Année ».</li><li>Inscrivez le montant mensuel dû dans la colonne « Montant dû ».</li><li>Inscrivez le montant payé dans la colonne « Montant payé ».</li><li>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 réclamés dans le relevé des arriérés du bénéficiaire.</li><li>Veuillez consulter la page 2 de ce document. Elle présente quatre exemples différents pour vous aider à remplir la feuille de calcul.</li></ul>

## CALCULATION OF ARREARS WORKSHEET EXAMPLES

## EXEMPLES 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> février 2021.
- Elle accorde une pension alimentaire pour conjoint de 500 \$ par mois le 1<sup>er</sup> février 2021.
- Elle accorde un montant de 500 \$ pour les frais de justice, dû le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>st</sup> and 15<sup>th</sup> and it is the 14<sup>th</sup>, you can only claim the amount owed for the 1<sup>st</sup>.

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<sup>er</sup> et le 15, et que nous sommes le 14, seul le montant dû le 1<sup>er</sup> 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**

**RECIPIENT'S STATEMENT OF ARREARS**

**Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO**

**ÉTAT DES ARRIÉRÉS DU BÉNÉFICIAIRE**

**Completion Instructions**

- **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 **original** signed and completed package of documents to MEP.
- Ensure that the arrears you are claiming are accurate. Where a false Recipient's Statement of Arrears has been provided, the Maintenance Enforcement Program may decline to enforce the maintenance order.

**NWT Maintenance Enforcement Program**

3<sup>rd</sup> Floor, YK Centre East

#17, 4915 48<sup>th</sup> 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**

- **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 l'ensemble des documents **originaux** signés et remplis au PEOA.
- Assurez-vous que les arriérés que vous déclarez sont exacts. Si un faux état des arriérés du bénéficiaire est fourni, le PEOA peut refuser d'exécuter l'ordonnance alimentaire.

**Programme d'exécution des ordonnances alimentaires des TNO**

YK Centre Est, 3<sup>e</sup> étage

4915, 48<sup>e</sup> 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 :

**Recipient / Bénéficiaire**

Name:

Nom :

Address:

Adresse :

City:

Ville:

Province/Territory:

Province ou territoire :

Postal Code:

Code postal :

**Payor / Payeur**

Name:

Nom :

Address:

Adresse :

City:

Ville:

Province/Territory:

Province ou territoire :

Postal Code:

Code postal :

I, \_\_\_\_\_, the Recipient 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 owed by the Payor under this order/agreement (and any variation order) accumulated from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Date (dd/mm/yy) Date (dd/mm/yy)

**LINE 3**

The total amount of arrears owed by the Payor is \$ \_\_\_\_\_.

**STATEMENT**

I understand that I cannot claim an amount that is owed in the future, as arrears. I understand that I can only claim amounts that are owed up to (and including) today's date, and in LINE 2 above I have not entered a "to" date that is past today's date. I also followed the same rule in the Calculation of Arrears Worksheet that I will provide to MEP to support this statement.

I make this statement for the purpose of proceeding against the Payor for enforcement of payment of the monies owing in respect of the said order/agreement. I acknowledge that enforcement by the Maintenance Enforcement Program is pursuant to the *Maintenance Orders Enforcement Act*.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, le bénéficiaire,  
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 dus par le payeur en vertu de cette ordonnance ou entente (et de toute ordonnance modificative) se sont accumulés

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa) Date (jj/mm/aa)

**LIGNE 3**

Le montant total des arriérés dus par le payeur est de \_\_\_\_\_ \$.

**DÉCLARATION**

Je comprends que je ne peux pas réclamer un montant qui sera dû à l'avenir en tant qu'arriéré. Je comprends que je ne peux réclamer que les montants dus jusqu'à la date d'aujourd'hui inclusivement, et je n'ai pas inscrit une date postérieure à la date d'aujourd'hui à la ligne 2 ci-dessus. J'ai également suivi la même règle dans la feuille de calcul des arriérés que je fournis au PEOA pour appuyer cette déclaration.

Je fais cette déclaration dans le but d'engager une procédure contre le payeur afin d'obtenir le paiement des sommes dues en vertu de ladite ordonnance ou entente. Je reconnais que l'exécution par le programme se fait conformément à la *Loi sur l'exécution des ordonnances alimentaires*.

X

Recipient's Signature / Signature du bénéficiaire

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**

3<sup>rd</sup> Floor, YK Centre East

#17, 4915 48<sup>th</sup> 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 40(c)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<sup>e</sup> étage  
4915, 48<sup>e</sup> 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