

Section A

Veillez remplir cette section pour déposer de nouveau votre ordonnance auprès du Bureau des obligations familiales		N° de dossier du BOF
Nom :	Je suis la : <input type="checkbox"/> personne qui paie des aliments <input type="checkbox"/> personne qui reçoit des aliments	
Adresse :	N° d'app. :	Ville :
Province :	Code postal :	Pays (si c'est à l'extérieur du Canada)
N° de téléphone au travail ou de cellulaire :		Numéro de téléphone à domicile :
Signature de la cliente ou du client du BOF :		Date : (JJ/MM/AAAA)

Veillez choisir l'option appropriée :

- Mon retrait a eu lieu avant le 31 octobre 2004. (Je n'ai pas besoin de remplir la Section B ou de payer les frais de réouverture).
- Mon retrait a eu lieu le ou après le 31 octobre 2004. (Je dois remplir la Section B et payer les frais de réouverture de dossier de 50 \$).

Si vous ne vous rappelez pas quand vous votre retrait a eu lieu, veuillez appeler notre bureau au (416) 243-1909 ou au 1 888 815-2757.

Section B

Les frais de réouverture de dossier auprès du Bureau des obligations familiales sont de 50 \$. Veillez choisir une méthode de paiement ci-dessous :																
<input type="checkbox"/> Chèque ou mandat (joint). Veillez libeller le chèque ou le mandat à l'ordre du ministre des Finances <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express																
Numéro de carte de crédit :																
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																
Date de fin de validité (MM/AA)	Nom du titulaire de carte :															
Je soussigné(e), _____ autorise le ministre des Finances à débiter ma carte de crédit de ces frais de réouverture de dossier de 50 \$.																
Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____																
Retournez les formulaires remplis par la poste au : Bureau des responsabilités familiales Case postale 696 Downsview (Ontario) M3M 3A9 www.TheFRO.ca	Retournez les formulaires remplis par télécopieur au : (416) 240-2401															