

RECONNAISSANCE ACKNOWLEDGMENT

PETITIONNAIRE
Petitioner

DÉFENDEUR
Respondent

INTERNATIONAL FORM
QUEBEC - U.S.

File Stamp

To:

CAS RÉPONDANT/NUMÉRO DU FICHIER
U.S. Case No. _____

CAS INITIATEUR/FICHIER NO.
Quebec Case No. _____

From:

ENVOYEZ VOTRE CORRESPONDANCE À:
Send Correspondence to:

À REMPLIR PAR L'AGENCE CORRESPONDANTE SUR REÇU
To Be Completed By Responding Agency Upon Receipt

☐ REQUETE RECUE ET IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'OBTENIR
PLUS DE RENSEIGNEMENTS POUR CONTINUER
Request Received and No Additional Information Necessary to Proceed

☐ IL EST NÉCESSAIRE D'OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS
AFIN DE CONTINUER (VOIRE REMARQUES)
Additional Information Needed to Proceed (See Remarks)

REMARQUES/RÉPONSE (RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS, CORRECTIONS D'ADRESSE, PERSONNE À CONTACTER,
RÉSULTAT DE L'ACTION, ETC.)
Remarks/Response (additional Information Needed, Address Corrections, Contact Person, Action Result, Etc.)

VOTRE CAS A ÉTÉ RENOVOYE POUR MISE EN ACTION JUDICIAIRE A (NOM, AGENCE, ADRESSE, TÉLÉPHONE)
Your Case has been Forwarded for Action to (Name, Agency, Address, Phone, FIPS)

DATE
Date

SIGNATURE (AGENCE RÉPONDANTE)
Signature (Responding Agency)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
(INCLURE L'INDICATIF DE LA RÉGION)
Phone Number (Include Area Code)

RENOYER A L'INSTIGATEUR
Return to Initiator

CERTIFICAT ET ORDRE CERTIFICATE AND ORDER

PETITIONNAIRE
Petitioner

DÉFENDEUR
Respondent

INTERNATIONAL FORM
QUEBEC - U.S.

File Stamp

To:

CAS RÉPONDANT/NUMÉRO DU FICHIER
U.S. Case No. _____

From:

CAS INITIATEUR/FICHIER NO.
Quebec Case No. _____

ENVOYEZ VOTRE CORRESPONDANCE À:
Send Correspondence to:

Le sous-signé _____

le Juge/le Représentant dûment habilité de l'Agence d'administration, du Tribunal cité ci-dessus, déclare par la présente que:
The Undersigned Judge/Presiding Officer of the above named Court / Administrative Agency, hereby certifies as follows:

1. Une requête a été déposée par le pétitionnaire à cette Agence administrative du Tribunal dans un procès contre le Défendeur selon les dispositions de l'ordonnance concernant le soutien réciproque demandant le soutien des personnes à charge nommées dans la pétition ci-jointe.
A petition was filed by the Petitioner in this Court / Administrative Agency in a proceeding against the Respondent under the provisions of the law concerning reciprocal maintenance demands by the obligee in this petition
2. On pense que le Défendeur réside dans votre juridiction au:
The Respondent is believed to be residing in your jurisdiction at:
3. D'après l'opinion du Juge sous-signé/la pétition jointe et le témoignage exposent des faits d'après lesquels on peut déterminer que le Défendeur doit supporter les personnes à charge nommées et que telle demande devrait être réglée conformément à la loi.
In the opinion of the undersigned Judge, the enclosed petition and testimony set forth facts from which it may be determined that the Respondent should support the obligee and should be regulated according to conforming law.
4. Tous les paiements doivent être payables à et être envoyés à:
All payments should be made payable to and sent to:

ET POUR CETTE RAISON, il est demandé que trois photocopies de ce Certificat, ainsi que la pétition, le témoignage et les photocopies requises de l'ordonnance de soutien réciproque de cet Etat, soient transmis à:
WHEREFORE, it is ORDERED that three copies of this Certificate, with the petition, testimony, and the required copies of this state should be transmitted to:

DATE

SIGNATURE (JUDGE/REPRESENTANT DUMENT HABILITÉ)

TÉMOIGNAGE GENERAL POUR URESA GENERAL TESTIMONY FOR URESA

PÉTITIONNAIRE
Petitioner

DÉFENDEUR
Respondent

INTERNATIONAL FORM
QUEBEC - U.S.

File Stamp

To:

CAS RÉPONDANT/NUMÉRO DU FICHIER
U.S. Case No. _____

From:

CAS INITIATEUR/FICHIER NO.
Quebec Case No. _____

ENVOYEZ VOTRE CORRESPONDANCE À:
Send Correspondence to:

(NOM)
(Name)

AYANT DUMENT PRETE SERMENT, SOUS PEINE DE PARJURE,
TÉMOIGNE CE QUI SUIT:
being duly sworn, under penalties of perjury, testifies as follows:

I. RESEIGNEMENTS PERSONNELS I. Personal Information

- | | | |
|----------------|---|---------------------------------------|
| 1. NOM
Name | 2. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Social Security Number | 3. DATE DE NAISSANCE
Date of Birth |
|----------------|---|---------------------------------------|
-
4. RELATION AVEC LE DÉFENDEUR
Relationship to Respondent
- | | |
|--|---|
| ☐ ILS NE SE SONT JAMAIS MARIÉS
Never Married to Each Other | ☐ MARIÉE LE _____ À _____
Married on _____ Date in COMTÉ/ETAT
County/State |
| ☐ SÉPARÉ LE _____
Separated On _____ | ☐ DIVORCIÉ _____ À _____
Divorced On _____ Date in COMTÉ/ETAT
County/State |
| ☐ DIVORCE EN INSTANCE A _____
Divorce Pending in _____ COMTÉ/ETAT
County/State | ☐ AUTRE _____
Other _____ |
| ☐ ORDONNANCÉ DE SOUTIEN _____
PRONONCE LE
TRIBUNAL ET LIEU
(DIVORCE ET SÉPARATION)
Court and Location
(Divorce and Separation) | ☐ PAS D'ORDONNANCE DE SOUTIEN
No Support Order |

NOTICE: JOINDRE UNE PHOTOCOPIE CERTIFIÉE DU JUGEMENT DE DIVORCE OU DE L'ACCORD DE SÉPARATION ET L'ORDONNANCE ACTUELLE
DE SUPPORT
NOTE: ATTACH A CERTIFIED COPY OF THE DIVORCE DECREE OR SEPARATION AGREEMENT AND THE CURRENT SUPPORT ORDER

II. RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES À CHARGER
II. Dependents' Household Information

1. Les personnes suivantes sont des personnes à charge pour lesquelles on attend de l'aide provenant du Défendeur:
 The following are the dependants for whom support is sought from the Respondent:

NOM COMPLET Full Name	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIAL Social Security Number	SEXE Sex	DATE DE NAISSANCE Date of Birth	EST-CE QUE LA PATERNITÉ EST UN PROBLÈME OUI OR NON Is paternity an issue? Yes/No	ORDONNANCE CONCERNANT L'AIDE, EST-ELLE ÉTABLIE? Support Order Established? Yes/No

NOTICE: UN AFFIDAVIT DE PATERNITÉ EST REQUIS POUR CHAQUE ENFANT NE PROVENANT PAS DU MARIAGE POUR LEQUEL LA PATERNITÉ EST
 MISE EN CAUSE
 NOTE: A PATERNITY AFFIDAVIT IS REQUIRED FOR EACH CHILD NOT OF THE MARRIAGE WHOSE PATERNITY IS AT ISSUE

2. Est-ce qu'il ya quelquien d'autre, ne provenant pas du mariage, est sous la garde du couple? ☐ OUI ☐ NON SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR
 Does anyone else, not of the marriage, live in custodian's household? Yes No If yes, provide:

NOM COMPLETE Full Name	DATE DE NAISSANCE Date of Birth	RELATION Relationship	SOURCE DE REVENU ET DE SOUTIEN Source of Income or Support	MONTANT PAR MOIS Amount Per Month	
				BRUT Gross	NET Net
				\$	
				\$	
				\$	

III. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DÉFENDEUR
III. Respondent Information

1. NOM COMPLET (INCLURE LE SURNOM, LE NOMD'EMPRUNT, ETC.) Full Name (Include nickname, alias, etc.)				
2. ADRESSE DU DOMICILE Residence Address	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE Social Security Number	DATE DE NAISSANCE Date of Birth	SEXE Sex	
	TELEPHONE MAISON/MESSAGE Home/Message Phone	TÉLÉPHONE DU TRAVAIL Work Phone		
3. NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR Employer Name & Address		OCCUPATION, PROFESSION Occupation, Trade Or Profession		
		SALAIRE MENSUEL BRUT ESTIMÉ Estimated Gross Monthly Earnings	Autre Revenus Other Income	
4. BIENS PERSONNELS OU RÉELS Real Or Personal Property				

5. DESCRIPTION PHYSIQUE DE DÉFENDEUR (ATTACHEZ UNE PHOT SI VOUS EN AVEZ UNE)
Physical Description of Respondent. (Attach Photo If Available)

RACE Race	TAILLE Height	POIDS Weight	COULEUR DES CHEVEUX Hair Color	COULEUR DES YEUX Eye Color
CICATRICES, MARQUES OU AUTRES SIGNES PARTICULIERS Scars, Marks, Or Other Distinguishing Features				

6. SITUATION DE FAMILLE PRÉSENTE Present Marital Status	NOM DE LA NOUVELLE ÉPOUSE OU DE LA CONCUBINE Name of New Spouse or Non-Marital Partner	
	☐ MARIÉ Married	☐ EN CONCUBINAGE Living With Non-Marital Partner
☐ CÉLIBATAIRE Single	☐ NE SAIT PAS Unknown	EST-CE QUE L'ÉPOUSE/LA CONCUBINE ACTUELLE TRAVAILLE? Is Current Spouse/Partner Employed?
		☐ OUI Yes
		☐ NON No
		☐ NE SAIT PAS Unknown
		SALAIRE MENSUEL BRUT ESTIMÉ Estimated Gross Monthly Earnings
		\$ ☐ NE SAIT PAS Unknown
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR ACTUEL DE L'ÉPOUSE Name And Address Of Current Spouse's Employer		

V. ORDONNANCE DE SUPPORT ET RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PAIEMENTS
V. SUPPORT ORDER AND PAYMENT INFORMATION

EST-CE QU'IL EXISTE UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN? (SI LA RÉPONSE EST NÉGATIVE, PASSEZ À LA PAGE 4B)
Does a support order exist? (If no, skip to page 4b)

☐ OUI
Yes

☐ NON
No

ATTACHEZ LES PHOTOCOPIES CERTIFIÉES DE TOUTES LES ORDONNANCES PERTINENTES QUI SONT LIÉES AU SOUTIEN
Attach Certified Copies Of All Pertinent Orders That Relate To Support

☐ OUI
Yes

☐ NON
No

SI LA RÉPONSE EST NÉGATIVE, IDENTIFIEZ LES PÉRIODES DE NON-RESIDENCE
If no, identify periods of non-residency

DÉCRIRE LE SOUTIEN ACTUEL ORDONNÉ:
(INCLURE LES ORDONNANCES PERTINENTES ET LES MODIFICATIONS)
Describe current ordered support: (include the pertinent orders and modifications)

MONTANT DE SOUTIEN QUI A ÉTÉ ORDONNÉ:
Ordered Support Amounts:

DATE DE L'ORDONNANCE Date of Order	MONTANT ACTUEL Current Amount	PAR MOIS/SEMAINE/ETC. Per Mo/Week/Etc.	CONCERNANT LES ARRÉRAGES Toward Arrearage	PAR MOIS/SEMAINE/ETC. Per Mo/Week/Etc.
NOM ET ADRESSE DU TRIBUNAL OU DE L'AGENCE ADMINISTRATIVE Name and Address of Court or Administrative Agency				
DATE DE L'ORDONNANCE Date of Order	MONTANT ACTUEL Current Amount	PAR MOIS/SEMAINE/ETC. Per Mo/Week/Etc.	CONCERNANT LES ARRÉRAGES Toward Arrearage	PAR MOIS/SEMAINE/ETC. Per Mo/Week/Etc.
NOM ET ADRESSE DU TRIBUNAL OU DE L'AGENCE ADMINISTRATIVE Name and Address of Court or Administrative Agency				

I. ARRÉRAGES
Arrearages

- ☐ ARRÉRAGES ÉTABLIES PAR JUDGEMENT
DU TRIBUNAL
Arrears Established by Judgement of Court

ORDONNANCE DU TRIBUNAL JOINTE
Court Order Attached

DATE DE L'ORDONNANCE Date of Order	MONTANT Amount AFDC \$ PAS-AFDC \$ TOTAL \$	DU (DATE) À (DATE) From (Date) thru (Date)
TRIBUNAL OU AGENCE ADMINISTRATIVE Court Or Administrative Agency		

- ☐ ARRÉRAGES ACCUMULÉS SOUS
ORDONNANCE DU TRIBUNAL
Arrears Established by Judgment of Court

MONTANT Amount AFDC \$ PAS-AFDC \$ TOTAL \$	DU (DATE) À (DATE) From (Date) thru (Date)
---	---

TOTAL DES ARRÉRAGES
Total Arrearage

- ☐ INCLUS DES INTÉRÊTS, EXPLIQUEZ
Includes interest, explain:

MONTANT Amount AFDC \$ PAS-AFDC \$ TOTAL \$	DU (DATE) À (DATE) From (Date) thru (Date)
---	---

5. LE DÉFENDEUR A RÉGLÉ LE DERNIER
PAIEMENT DE SOUTIEN:
Respondent made the last support payment
of:

QUANTITÉ Amount \$	DATE DU PAIEMENT Date of Payment
------------------------------	-------------------------------------

LE PASSÉ DES PAIEMENTS DE SOUTIEN DE DÉFENDEUR:
Respondent's support payment history:

- ☐ CI-JOINTE UNE PHOTOCOPIE
CERTIFIÉE DU TRIBUNAL OU DE
L'AGENT DU PASSÉ DES PAIEMENTS
(PASSEZ A LA PAGE 4B)
A certified copy of court or agency payment
history is attached (skip to page 4b.)

- ☐ PASSÉ DES PAIEMENTS
FOURNI A LA PAGE 4a
Payment history provided on page 4a

- ☐ N.A.: L'ETAT RÉPONDANT NE
LE REQUIERT PAS (PASSEZ A
LA PAGE 4b.)
N.A.: responding state does not
require (Skip to page 4b.)

DE (L'ANNÉE) A (L'ANNÉE)
From (Year) to (Year)

AGENCE QUI A PREPARE L'AUDIT/LE PASSÉ DES PAIEMENTS
Agency which prepared audit/Payment History

PASSE DES PAIEMENTS DU DÉFENDEUR
Respondent's Payment History

ANNÉE: _____
Year: _____

	montant du amount due	montant payé amount paid	solde balance
Janvie			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septe			
Octobr			
Novem			
Décem			
Total			

ANNÉE: _____
Year: _____

	montant du amount due	montant payé amount paid	solde balance

ANNÉE: _____
Year: _____

	montant du amount due	montant payé amount paid	solde balance
Janvie			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septe			
Octobr			
Novem			
Décem			
Total			

ANNÉE: _____
Year: _____

	montant du amount due	montant payé amount paid	solde balance

DATE
Date

NOM/TITRE AGENCE OU TRIBUNAL
Name/Title of Court or Agency

SIGNATURE
Signature

PRONNÉ DOUS SERMENT
I SIGNÉ DEVANT MOI,
LE DATE COMTE, ETAT
worn to and Signed before
ie this Date, County, State

NOTAIRE PUBLIC, TRIBUNAL/AGENCE OFFICIELLE ET TITRE
Notary Public, Court/Agency Official and Title

COMMISSION EXPIRE
Commission Expires

VI. PASSE DES PAIEMENTS D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU PÉTITIONNAIRE
(SI AUCUNE ASSISTANCE PUBLIQUE N'A ÉTÉ PAYÉE, PASSEZ A LA SECTION 5)
 Petitioner's public assistance payment history
 (If no public assistance has been paid skip to section 5)

1. AGENCE QUI A FOURNI L'ALLOCATION/L'ASSISTANCE: _____
 Agency from which Grant/Assistance was obtained:

2. MONTANT A PAYER CONCERNANT L'ASSISTANCE PUBLIQUE:
 Total amount of Public Assistance paid:

MONTANT TOTAL PAYÉ Total amount paid	À PARTIR DE (DATE) As of (Date)
\$	

3. PREMIER MOIS ET ANNÉE PENDANT LESQUELS L'ASSISTANCE PUBLIQUE A ÉTÉ PAYÉE: _____
 First month and year in which Public Assistance paid:

SECTION 5

VII. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SITUATION FINANCIÈRE:
LES RENSEIGNEMENTS REQUIS VARIENT SELON LES LIGNES DIRECTRICES DE L'ÉTAT RÉPONDANT
 VII. Financial Information: Information required varies based on responding state's guidelines

TOUS LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT LIÉS À _____
 All of the following information relates to: NOM COMPLET
Full Name

A. SALAIRE MENSUEL:
 Monthly Income:

1. EMPLOYÉ? ☐ OUI ☐ NON
 Employed? Yes No

2. ASSISTANCE PUBLIQUE TOTAL
 Public Assistance Amount

SI L'ASSISTANCE PUBLIQUE CONSTITUE VOTRE SEULE SOURCE
 If Public Assistance Is Your Only Income, Skip to Section VIII.

3. SALAIRE
 Employment Income

☐ BRUT ☐ NET _____
 Gross Net

DÉDUCTIONS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. AUTRES SOURCES FINANCIÈRES
Other Earnings

TOTAL
Amount

5. REVENUS DU DÉFENDEUR
Defendant's Income

☐ BRUT
Gross

☐ NET
Net

(ATTACHEZ LES FICHES DE SALAIRE LES PLUS RÉCENTES
POUR CHAQUE EMPLOYEUR ACTUEL)
(Attach the three most recent stubs from each current employer)

6. ÉPOUSE ACTUELLE/REVENUS DE L'ÉPOUSE ACTUELLE OU
DE LA CONCUBINE
Current spouse's/Partner's Income

☐ BRUT
Gross

☐ NET
Net

B. FRAIS MENSELS
Monthly Expenses

MONTANT
Amount

1. ASSISTANCE À L'ENFANCE
Child Care

POURVOYEUR:
Provider:

FRÉQUENCE:
Frequency:

2. EXAMEN MÉDICAL EXTRAORDINAIRE NON ASSURÉ
(JOINDRE LA DESCRIPTION ET LES DOCUMENTS)
Uninsured Extraordinary Medical (Attach Description and Documentation)

3. AUTRES PAIEMENTS D'ASSISTANCE QUI ONT ÉTÉ
VRAIMENT RÉGLÉS
Other Support Payments, Actually Made

4. EDUCATION (ENFANTS DU DÉFENDEUR)
Education (Respondent's Children)

5. LOGEMENT
Housing and Utilities

6. NOURRITURE ET PROVISIONS
Food and Household Supplies

7. TRANSPORT
Transportation

8. DÉPENSES PERSONNELLES
Personal Educational Expenses

9. AUTRE DÉPENSES LIÉES AUX FRAIS MÉDICAUX
NON ASSURÉS
Other Uninsured Health related Expenses

10. VÊTEMENTS
Clothing

11. PRIMES D'ASSURANCE
Insurance Premiums

12. LOISIRS
Entertainment

13. TOUTES LES AUTRES DÉPENSES ET PAIEMENTS
All Other Expenses and Payments