

**AU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE**  
**Division de \_\_\_\_\_**  
**COMTÉ DE \_\_\_\_\_, OH**

EN CE QUI CONCERNE :

Nom du mineur	:		
Nom	:	No. de dossier	
Adresse postale	:		
Demandeur/requérant	:		
c.	:	Juge	
Nom	:	Magistrat	
Adresse postale	:		
Ville, État et code postal	:		
Défendeur/requérant	:		

**Instructions :** Ce formulaire s'utilise pour demander l'exécution d'une ordonnance de tribunal et invoquer un outrage au tribunal perpétré par la partie adverse pour non-respect de l'ordonnance. Les formulaires Demande de signification (Formulaire normalisé des affaires familiales no. 28) et Ordonnance de justification, Avis et Instructions à l'attention du Greffier (Formulaire uniformisé des affaires familiales no. 22) doivent être déposés avec cette requête. Renseignez-vous pour connaître les procédures du tribunal local.

**REQUÊTE POUR OUTRAGE AU TRIBUNAL ET DÉCLARATION**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom), demande qu'il soit ordonné à \_\_\_\_\_ (nom de la partie adverse) de se présenter et de justifier pourquoi il/elle n'est pas coupable d'outrage au tribunal pour non-respect d'une ordonnance et je demande que la partie adverse soit déclarée coupable d'outrage au tribunal pour l'inexécution de l'ordonnance portant sur les domaines suivants (cochez toutes les réponses qui conviennent) :

- Interférence avec les droits de visite et d'hébergement ou autres
1. ordonnances relatives aux droits parentaux rendues le \_\_\_\_\_ (date).

Non-paiement de la pension alimentaire pour enfant,  
2. telle qu'elle a été fixée dans l'ordonnance rendue le \_\_\_\_\_ (date)  
et le montant impayé s'élève à \$ \_\_\_\_\_  
(Présentez-vous à l'audience muni(e) d'un document récent provenant de l'agence d'exécution des pensions alimentaires du comté indiquant la somme impayée des pensions alimentaires pour enfant).

Non-paiement de la pension alimentaire matrimoniale,  
3. telle qu'elle a été fixée dans l'ordonnance rendue le \_\_\_\_\_ (date)  
et le montant impayé s'élève à \$ \_\_\_\_\_  
(Présentez-vous à l'audience muni(e) d'un document récent provenant de l'agence d'exécution des pensions alimentaires du comté ou de toute autre preuve indépendante indiquant la somme impayée).

Paiement ou remboursement des dépenses médicales engagées pour l'/les enfant(s) mineur(s).  
Veuillez joindre le formulaire Explications relatives aux factures médicales (Formulaire normalisé des affaires familiales no. 26) et vous présenter à l'audience muni(e) des documents suivants :

4. a. Une copie des factures pour lesquelles vous souhaitez être remboursé(e) ;  
b. La preuve que vous les avez payées. Comme preuve de paiement, vous pouvez fournir un récépissé de paiement signé par le prestataire de soins, la photocopie d'un chèque payé, ou la photocopie d'un relevé de carte de crédit indiquant le montant payé ; ainsi que,  
c. les formulaires d'explication des prestations indiquant que le paiement a été versé à la compagnie d'assurance-maladie.

5.  Non-respect des ordonnances du tribunal rendues le \_\_\_\_\_ (date) portant sur  
(Cochez toutes les réponses qui conviennent) :

Le transfert des biens immobiliers, comme suit : \_\_\_\_\_

Le paiement des dettes, comme suit : \_\_\_\_\_

Le refinancement des dettes, comme suit : \_\_\_\_\_

La répartition des biens personnels, comme suit : \_\_\_\_\_

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

6. Divers coûts et autres redressements nécessaires et justifiés sont également ajoutés à cette demande.

\_\_\_\_\_  
Votre signature

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone par le biais duquel le tribunal peut vous contacter ou vous laisser un message.

### SERMENT

(À signer uniquement en présence du notaire.)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom), jure ou atteste avoir lu ce document et affirme qu'à ma connaissance, les faits et informations indiqués dans ce document sont véridiques, exacts et complets. Je comprends que si je ne dis pas la vérité, je peux faire l'objet de sanctions pour cause de parjure.

\_\_\_\_\_  
Votre signature

Affirmé solennellement devant moi et signé en ma présence en ce

\_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Notaire public

Mon mandat se termine le : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE DANS SA VERSION ANGLAISE