**Formulaire FD 4**

20 No

 **Cour suprême de la Nouvelle-Écosse**

**(Division de la famille)**

Entre :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le requérant

et

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L'intimé

**État des dépenses spéciales ou extraordinaires**

**de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_préparé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Je déclare sous serment/J’affirme et produis en preuve ce qui suit :

1. Je réclame un montant pour couvrir des dépenses spéciales ou extraordinaires pour une ou plusieurs des raisons suivantes (indiquez à quoi correspond votre demande) :

* a) frais de garde d'enfants engagés en raison de mon travail, d’une maladie, d’une

 invalidité ou d’une formation;

* b) partie des primes d'assurance médicale et dentaire imputable à l'enfant;
* c) dépenses de santé dépassant les remboursements d'assurance d'au moins 100 $ par an,

c'est-à-dire traitements orthodontiques, conseils fournis par un psychologue, un

travailleur social, un psychiatre ou toute autre personne, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et médicaments d'ordonnance, appareils auditifs, lunettes et verres de contact;

* d) dépenses extraordinaires pour l’école primaire ou secondaire ou tout autre programme

 éducatif répondant aux besoins particuliers de l’enfant;

* e) dépenses d'éducation postsecondaire; ou
* f) dépenses extraordinaires relatives à des activités parascolaires.

2. Voici le nom de l'enfant auquel chaque dépense se rapporte, les détails de chaque type de dépense pour lequel je présente une demande ainsi que le total mensuel de chaque dépense :

Nom de l'enfant Détails de chaque dépense Montant total

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ $ par mois

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ $ par mois

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ $ par mois

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ $ par mois

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ $ par mois

3. Je joins les reçus ou d'autres documents indiquant le montant des dépenses que je réclame pour chaque enfant.

4. Je ne peux pas obtenir de reçus ou d'autres documents pour les raisons suivantes :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. J'ai droit aux allocations, prestations ou déductions ou crédits d'impôt sur le revenu relatif aux dépenses ci-dessus, ou j'en bénéficie : (fournissez des détails)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Déposé sous serment/Affirmé* devant moi )

le 20 )

à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en Nouvelle-Écosse )

 )

 )

 )

Signature de l’autorité Signature de

Nom en caractères d’imprimerie :

Qualité officielle :