

AU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
Division de _____
COMTÉ DE _____, OH

EN CE QUI CONCERNE :

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

Instructions : Ce formulaire a pour objet de requérir une révision de la pension alimentaire pour enfant ou des modalités relatives à la pension alimentaire. Les formulaires Demande de signification (Formulaire uniformisé des affaires familiales no. 28) et Déclaration de revenus et de dépenses (Formulaire normalisé des affaires familiales– Déclaration 1) doivent être déposés avec cette requête.

**DEMANDE DE RÉVISION DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT, DE L'AIDE
POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX,
DE L'EXEMPTION FISCALE OU TOUTES AUTRES DÉPENSES RELATIVES AUX ENFANTS,
ET DOSSIER DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

Je soussigné(e) _____ (nom), demande à ce tribunal de réviser les obligations qui me sont imposées en termes de pension alimentaire pour enfant ou mes droits concernant l'octroi d'une pension

Cour suprême de l'Ohio
Formulaire normalisé des affaires familiales – 25
Formulaire normalisé des affaires des mineurs – 7
DEMANDE DE RÉVISION DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT, DE L'AIDE
POUR PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX, DE L'EXEMPTION FISCALE,
OU TOUTES AUTRES DÉPENSES RELATIVES AUX ENFANTS,
ET DOSSIER DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
Approuvé en vertu de la règle 84 du Règlement de procédure civile de l'Ohio et de la
règle 46 du Règlement de procédure relative aux mineurs de l'Ohio.
Date d'entrée en vigueur : 1/7/2013

pour l'/les enfant(s) mineur(s) de la manière suivante (cochez toutes les réponses applicables) :

- La somme de la pension alimentaire pour enfant devant être versée chaque mois.
1. La révision que je demande au tribunal d'ordonner est la suivante :

- La personne devant fournir une couverture d'assurance-maladie pour l'/les enfant(s).
2. La révision que je demande au tribunal d'ordonner est la suivante :

3. Le montant des frais médicaux non-remboursés de l'/des enfant(s) dont je dois m'acquitter.
La révision que je demande au tribunal d'ordonner est la suivante :

- La personne qui déclare fiscalement l'/les enfant(s) comme personne(s) à charge.
4. La révision que je demande au tribunal d'ordonner est la suivante :

- Autres dépenses relatives aux enfants.
5. La révision que je demande au tribunal d'ordonner est la suivante : _____

- Les circonstances ont changé depuis le rendu de l'ordonnance de tribunal actuelle.
6. Le changement de circonstances et les autres raisons justifiant une modification sont les suivants :

7. J'estime que les modifications que je demande sont dans le meilleur intérêt de l'/des enfant(s).

Votre signature

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