

DIRECTIVES CONCERNANT LA DEMANDE D'ENTENTE DE PAIEMENT

COUR MUNICIPALE

Vous devez **obligatoirement** remplir le formulaire « demande d'entente de paiement ».

À la réception du formulaire de demande d'entente de paiement dûment complété et accompagné des copies des documents exigés une réponse vous sera transmise.

Prenez note qu'aucune photocopie ne sera faite sur place et que les originaux de vos documents ne vous seront pas retournés.

Le fait de remplir le formulaire **ne vous donne pas automatiquement droit à une entente**. Une étude de votre dossier déterminera si une entente de paiement vous sera accordée.

Prenez note que si votre permis de conduire est déjà suspendu pour non-paiement d'amende, celui-ci restera suspendu jusqu'au paiement complet de vos dossiers, et ce, même si vous concluez une entente de paiement.

PLAIDOYER DE CULPABILITÉ

Si aucun jugement n'a été rendu à votre dossier, vous devez nous faire parvenir votre plaidoyer de culpabilité qui se trouve avec votre constat d'infraction. Si vous n'avez plus votre constat d'infraction vous pouvez vous procurer le formulaire de plaidoyer de culpabilité.

Vous devez nous faire parvenir votre plaidoyer dans les 30 jours de la date de signification du constat d'infraction à défaut de quoi, les procédures continueront sans autre avis ni délai.

Si vous avez reçu plusieurs constats, vous devez nous faire parvenir un plaidoyer pour chacun des constats.

MODES DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS

Vous pouvez nous faire parvenir le formulaire "demande d'entente de paiement" et les documents demandés par l'un des moyens suivants :

Télécopieur

450 589-4512

Courrier

Cour municipale de L'Assomption
781, rang du Bas-de-L'Assomption Nord
L'Assomption (Québec)
J5W 1A1

Courriel

courmunicipale@ville.lassomption.qc.ca

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le percepteur des amendes au 450 589-5671, poste 2504.

Documents à joindre avec le formulaire

(Joindre celui ou ceux qui conviennent à votre situation)

- Avis de cotisation de l'année dernière

Preuve d’assurance-emploi

Preuve de CSST

Preuve prêts et bourses

Plaidoyer de culpabilité

Relevé bancaire démontrant les 30 derniers jours

Tout document justifiant vos dépenses
- Dernier relevé de paie

Preuve d'aide sociale du mois courant

Preuve SAAQ

Copie de votre carte étudiante

Spécimen de chèque

Toute autre preuve de revenu

Vous devez nous envoyer les formulaires correctement remplis avec une **COPIE** des documents énumérés dans la section. Prenez note qu'aucune photocopie ne sera faite sur place et que les originaux de vos documents ne vous seront pas retournés.

Mise en garde

- 1- Je comprends qu'un formulaire incomplet sera automatiquement refusé;

2- Je comprends que toute fausse déclaration entraînera le rejet de ma demande;

3- Je comprends que toute entente non respectée sera automatiquement fermée et les procédures de perception continueront sans autre avis ni délai;

4- Je comprends qu'aucune photocopie ne sera faite sur place et que les originaux de mes documents ne me seront pas retournés.

Autorisation

J'autorise le percepteur des amendes à consulter tout agent de renseignements personnels

Signature du contrevenant :	Date :
-----------------------------	--------

N'oubliez pas de signer les formulaires.

Si votre permis de conduire est suspendu ou est en voie de l'être, celui-ci restera sanctionné tant que le ou les dossiers faisant partie de l'entente ne seront pas payés en totalité.

INTERROGATOIRE SELON L'ARTICLE 322.1 C.P.P.

1. IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Numéro d'assurance sociale :	
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone :	Adresse courriel :	

2. EMPLOI ET REVENUS

Avez-vous un emploi ? Oui ☐ Non ☐		
Nom de l'entreprise :		
Adresse :		
Rémunération :		
Téléphone :		
Assurance-emploi : ☐	Aide sociale : ☐	Autre : ☐
Montant : \$	Montant : \$	Montant : \$

3. INFORMATION BANCAIRE

Nom complet de votre institution financière :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :

4. PROPOSITION D'ENTENTE

Montant : \$	☐ Par semaine	☐ Toutes les 2 semaines	☐ Par mois
Date ou journée du versement :		Premier versement :	

Le non-respect de l'échéance mettra fin à l'entente et les procédures judiciaires se poursuivront sans autre avis ni délai.

Signature du contrevenant :	Date :
-----------------------------	--------

Ville de L'Assomption
Cour municipale
781, rang du Bas-de-L'Assomption Nord
L'Assomption (QC) J5W 2H1
Titulaire(s) et coordonnées du compte

**ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ
ACCORD DE DPA DU PAYEUR**

Nom et prénom du (des) titulaires(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme		A/S ou courriel	
Adresse (rue, ville, province)	Code postal	Téléphone	

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant(s) dûment autorisé(s)), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

hebdomadaire aux deux semaines bimensuelle mensuelle
autre (précisez la mesure ou l'événement qui définit la fréquence) _____

Chaque retrait correspondra :

à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins 10 jours avant la date d'échéance.

à un montant fixe de _____ \$, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié :

pour le service suivant : entente de paiement n° _____ pour un montant maximal de _____ \$
le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

Renonciation :

Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours (maximum de 30 jours civils). Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de Recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils de retrait pour un DPA **personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pur un DPA **d'entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire	_____ Date (jj/mm/aaaa)

Important : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire dans les meilleurs délais.