

Déclaration de Revenu

À moins que vous avez été informé autrement, vous avez deux options : Joindre vos bordereaux de paie et vos reçus OU remplir les renseignements ci-dessous et conserver vos bordereaux de paie et reçus au cas où nous vous demanderions de nous les fournir plus tard.

Nom	Code d'ID. du membre	Bureau	Ch. de cas	Changement au revenu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE JOUR MOIS ANNÉE		REVENUS POUR JOUR MOIS ANNÉE À JOUR MOIS ANNÉE		
		Est-ce que vous-même <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> adulte à charge <input type="checkbox"/>		
		Avez-vous <input type="checkbox"/> cessé de <input type="checkbox"/> commencé à travailler ce mois-ci?		
		Nom de l'employeur/du programme de formation : _____		
		Date de la <input type="checkbox"/> dernière <input type="checkbox"/> première paie : _____		

Gains

1. Veuillez fournir les renseignements financiers pour chaque membre de la famille qui a un emploi ou qui suit un programme de formation rémunéré.
2. Le cas échéant, indiquez toutes retenues.

Nom: _____ <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Adulte à charge Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme
	Date	Date	Date	Date	Date
	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Salaire brut (avant retenues)					
Salaire net (après retenues)					

Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)

Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette					

Nom: _____ <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Adulte à charge Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme
	Date	Date	Date	Date	Date
	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Salaire brut (avant retenues)					
Salaire net (après retenues)					

Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)

Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette					

Frais de garde d'enfants

1. Indiquez les noms de l'enfant et du fournisseur de services de garde
2. Sélectionnez le type de services de garde – avec permis (la plupart des services de garde) ou sans permis (la plupart des gardiennes et gardiens d'enfants) – et indiquez le montant.

Nom de l'enfant	Nom du fournisseur de services de garde	Avec permis	Sans permis	Montant
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Signature (bénéficiaire/fiduciaire) _____ Date _____

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée/Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)
 Les articles 5, 10, 45 et 46 de la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, ou les articles 7, 8, 15, 57 et 58 de la Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail autorisent la présente collecte de renseignements aux fins de l'application des programmes de l'aide sociale du gouvernement de l'Ontario: Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de cas de votre bureau local. Pour obtenir les coordonnées du bureau local, veuillez communiquer avec Service Ontario, en composant sans frais 1-888-789-4199 (ATS : 1-800-387-5559) ou consulter le site Web du ministère à www.ontario.ca/mcss.



Rapport des changements

REMPILIR UNIQUEMENT S'IL Y A DES CHANGEMENTS À SIGNALER et retourner à votre bureau local AVANT LE 16 du mois : JOIGNEZ LES REÇUS. Vous avez l'obligation légale de signaler tout CHANGEMENT dans vos conditions de logement, vos coûts de logement, la taille de votre famille, votre revenu et vos biens.

Nom		Code d'ID. du membre	Bureau	Ch. de cas	Changements pour le mois de		
Avez-vous déménagé?							
Date du déménagement _____		<input type="checkbox"/> Location	<input type="checkbox"/> Pension (repas)	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Institution/Hôpital		
Nouvelle adresse							
Numéro de rue		Nom de la rue			Numéro d'appartement		
<input type="checkbox"/> Case postale		Ville/Municipalité _____					
<input type="checkbox"/> Route rurale							
<input type="checkbox"/> Livraison générale							
Code postal _____		Nouveau no. de téléphone _____					
Avez-vous de nouveaux frais de logement? Joignez les reçus pour les nouveaux frais de logement.							
Nouveau loyer/Pension/hypothèque			Montant payé	Date de début (J/M/A)			
Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance)							
Nouveaux coûts annuels de chauffage <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Bois							
Changements familiaux							
Nom		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Adulte à charge	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		
Détails sur les changements (ex., a quitté le domicile, a terminé l'école, nouveau bébé)				Date de début (J/M/A)			
Un membre de la famille quitte-t-il l'Ontario pendant plus de sept jours? Date de départ _____ Date de retour _____							
Nom		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Adulte à charge	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		
Y a-t-il un changement dans les biens d'un membre de la famille (achetés, vendus, changement de valeur)?							
Type de bien			Nouvelle valeur	Date de début (J/M/A)			
Autres changements de circonstances (ex., garde conjointe, nouvelle personne vivant avec vous)?							
Y a-t-il un changement dans le revenu d'un membre de la famille?							
Revenu brut	Montant			Revenu brut	Montant		
	Bénéficiaire	Conjoint(e)	Pers. à charge		Bénéficiaire	Conjoint(e)	Pers. à charge
Pension alimentaire				Revenu de location			
Assurance-emploi				Pension étrangère			
CSPAAT				Pension privée			
RPC/RRQ-Retraite				Cadeaux / Gains fortuits			
RPC/RRQ-Invalidité				Prêts			
RPC/RRQ-Survivant				Fiducie / Héritage			
SV/SRG				Fonds distinct / Rentes viagères			
RRAG A				Intérêts / Dividendes			
Revenu de chambreur				Prestations d'assurance			
Revenu de pension				Autre (préciser) :			
Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et complets et je m'engage à aviser mon bureau local d'Ontario au travail de tout changement.				Signature (Bénéficiaire/fiduciaire)		Date (J/M/A)	

