

## 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	ID du bureau	Ch. De cas	Changement au rev.
				OUI      NON

ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE      JOUR      MOS      ANNÉE

REVENUS POUR						
JJ	MM	AA	À	JJ	MM	AA

Avez-vous cessé de	conjoint(e) commencé à travailler ce mois-ci?	adulte à charge
Nom de l'employeur/du programme de formation :		

Date de la	dernière	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 :	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme
Bénéficiaire      Cojoint(e)      Adulte à charge					
Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein?	Date	Date	Date	Date	Date
Non      Oui	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Salaire brut (avant retenues)					
Salaire net (après retenues)					
<b>Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)</b>					
Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette					

  

Nom:	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme	Nom-employeur/ programme
Bénéficiaire      Cojoint(e)      Adulte à charge					
Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein?	Date	Date	Date	Date	Date
Non      Oui	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Salaire brut (avant retenues)					
Salaire net (après retenues)					
<b>Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)</b>					
Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette					

#### Frais de garde d'enfants

1. Indiquez le noms de l'enfant et du fournisseur de service 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	Le nom du service de garde	Avec permis	Sans permis	Montant

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](http://www.ontario.ca/mcss).

## Rapport de changements

**REEMPLIR UNIQUEMENT S'IL Y A DES CHANGEMENTS À SIGNALER** et retourner ce formulaire 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	ID du bureau	Ch. de cas	Changements pour le mois de

<b>Avez-vous déménagé?</b>				
Date du déménagement	Location	Pension (repas)	Propriétaire Home	Institution/Hôpital

### Nouvelle adresse

Numéro de rue	Nom de la rue	Numéro d'appartement
Case postale	Ville/Municipalité	
Route rurale	Code postal	Nouveau no. de téléphone
Livraison générale		

### Avez-vous de nouveaux frais de logement? Joignez les reçus pour les nouveaux frais de logement.

	Montant payé	Date de début (J/M/A)
Nouveau loyer/Pension/hypothèque		
Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance)		
Nouveaux coûts annuels de chauffage		
Huile      Gaz      Électricité      Bois		

### Changements familiaux

Nom	Bénéficiaire	Conjoint(e)	Adulte à charge	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?

Nom	Bénéficiaire	Conjoint(e)	Adulte à charge	Enfant à charge
				Date de départ
				Date de retour

### 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

### 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) :			

<b>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.</b>	Signature (Bénéficiaire/fiduciaire)	Date
--	-------------------------------------	------