

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 A 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 Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date 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 Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date Montant	Nom-employeur/ programme Date 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.