**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      | Changementau revenuOUI [ ]  [ ]  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 |
|  | Sélectionner une date | - | Sélectionner une date |
| Est-ce que [ ]  vous-même [ ]  conjoint(e) [ ]  adult à chargeAvez-vous [ ]  cessé de [ ]  commencé à travailler ce mois-ci? |
| Non de l’employeur/du programe de formation: |
|  |       |  |
|  |  |  |
| Date de la [ ]  dernière [ ]  première paie: |       |
|  |
| **Gains** |
|  | 1. Indiquez tous les montants que vous avez reçus en argent comptant, par chèque ou dépôt bancaire.
2. Indiquez les retenues sur le talon de chèque.
3. Indiquez le nom de l’employeur ou du programme de formation rémunéré et la date du talon de chèque.
 |
|  |  |
| Nom: |       | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme |
|  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  Bénéficiaire [ ]  Conjoint(e ) [ ]  Adulte à chargeÊtes-vous aux études postsecondairesà temps plein? [ ]  Non [ ]  Oui |  |  |  |  |  |
|  | 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) |  |  |  |  |  |
| Paiments de pension alimentaire pour enfants ou conjoint(e) |       |       |       |       |       |
| Autres saisies-arrêts pourremboursement de dette |       |       |       |       |       |
| Nom: |       |  | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme | Nom- employeur/programme |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| [ ]  Bénéficiaire [ ]  Conjoint(e ) [ ]  Adulte à chargeÊtes-vous aux études postsecondairesà temps plein? [ ]  Non [ ]  Oui |  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) |  |  |  |  |  |
| Paiments de pension alimentaire pour enfants ou conjoint(e) |       |       |       |       |       |
| Autres saisies-arrêts pourremboursement 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 | Avecpermis | Sanspermis | Montant |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. |  |       |  |
|  | Signature (bénéficiare/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 le superviseur des services de soutien à 519-255-5200 dans votre bureau d’Ontario au Travail.

**Rapport des changements**

**REMPLIR 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: |  | [ ]  Location | [ ]  Pension (repas) | [ ]  Propriétaire | [ ] Institution/Hôpital |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nouvelle adresse |  |  |
| Numéro de rue      | Nom de la rue      |  |  | Numéro d’appartement      |
| [ ] Case postale[ ] Route rurale[ ] Livraison générale |  | Ville/Municipalité |       |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Code postal |       |  | Nouveau no. de téléphone |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |       | Date: |
| Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance) |       | Date: |
|  |  |  |
| 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 |
|  |       |  | Date: |
|  |  |  |  |
| Un membre de la famille quitte-t-il l’Ontario pendantplus de sept jours? | Date de départ | . |  | Date de retour | . |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nom      | [ ]  Bénéficiaire | [ ]  Conjoint(e) | [ ]  Adulte à charge | [ ]  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 (Bénéficiare/fiduciaire)      | Date. |