

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																		
ENVOYÉZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDICUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE <table style="display: inline-table; font-size: small;"> <tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE				REVENUS POUR <table style="display: inline-table; font-size: small;"> <tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> À <table style="display: inline-table; font-size: small;"> <tr><td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			JOUR	MOIS	ANNÉE				JOUR	MOIS	ANNÉE			
JOUR	MOIS	ANNÉE																				
JOUR	MOIS	ANNÉE																				
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. 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 : _____ <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	Date
Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Gains bruts/indemnités de formation					
Pourboires					
Retenues sur le talon de chèque					
Impôt sur le revenu					
Assurance-emploi					
Régime de pensions du Canada					
Cotisations syndicales					
Régime de retraite obligatoire					
Gains bruts/indemnités de formation					
Pourboires					
Retenues sur le talon de chèque					
Impôt sur le revenu					
Assurance-emploi					
Régime de pensions du Canada					
Cotisations syndicales					
Régime de retraite obligatoire					

Frais de garde d'enfants					
Nom de l'enfant	Nom du fournisseur de services de garde	Programme de jour	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.