

### 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; vertical-align: middle;"> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	REVENUS POUR <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> <td>À</td> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNÉE</td> </tr> </table>			JOUR	MOIS	ANNÉE	À	JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE												
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. 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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> </tr> </table>	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Date	Date	Date	Date	Date	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> </tr> </table>	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Date	Date	Date	Date	Date	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> </tr> </table>	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Date	Date	Date	Date	Date	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> <td style="width:20%;">Nom-employeur/programme</td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Montant</b></td> </tr> </table>	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Date	Date	Date	Date	Date	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>
Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme																																																												
Date	Date	Date	Date	Date																																																												
<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>																																																												
Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme																																																												
Date	Date	Date	Date	Date																																																												
<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>																																																												
Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme																																																												
Date	Date	Date	Date	Date																																																												
<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>																																																												
Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme	Nom-employeur/programme																																																												
Date	Date	Date	Date	Date																																																												
<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>	<b>Montant</b>																																																												
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.