



## Rapport des changements

**REMPLEZ 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		
<b>Avez-vous déménagé?</b>							
Date du déménagement _____		<input type="checkbox"/> Location	<input type="checkbox"/> Pension (repas)	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Institution/Hôpital		
Nouvelle adresse							
Numéro de rue		Nom de la rue			Numéro d'appartement		
<input type="checkbox"/> Case postale		Ville/Municipalité _____					
<input type="checkbox"/> Route rurale		Code postal _____ Nouveau no. de téléphone _____					
<input type="checkbox"/> Livraison générale							
<b>Avez-vous de nouveaux frais de logement? Joignez les reçus pour les nouveaux frais de logement.</b>							
Nouveau loyer/Pension/hypothèque				Montant payé	Date de début (J/M/A)		
Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance)							
Nouveaux coûts annuels de chauffage <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Bois							
<b>Changements familiaux</b>							
Nom		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Adulte à charge	<input type="checkbox"/> 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? Date de départ _____ Date de retour _____							
Nom		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Adulte à charge	<input type="checkbox"/> 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)?							
<b>Y a-t-il un changement dans le revenu d'un membre de la famille?</b>							
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 chambre				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 (Bénéficiaire/fiduciaire)

Date (J/M/A)

