

Statement of Income / Déclaration de Revenu

Unless you have been told otherwise, you have two options: Attach your paystubs and receipts **OR** Fill in the information below and keep your paystubs and receipts in case we ask to see them in the future.

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.

Name / Nom	Member ID Code d'ID. du membre	Office ID Bureau	Case Owner Ch. De cas	Income Change Changement au rev.
				<input type="checkbox"/> YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON

MAIL THIS FORM TO THE ADDRESS BELOW AS SOON AS POSSIBLE AFTER DAY MONTH YEAR
 ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE JOUR MOS ANNÉE

REPORT INCOME FOR / REVENUS POUR D/J M/M Y/A TO/À	D/J M/M Y/A
--	-------------

Have you your spouse dep. child
 Est-ce que vous-même conjoint(e) adulte à charge

Avez-vous stopped started work this month?
 cessé de commencé à travailler ce mois-ci?

Name of Employer or Paid Training Program
 Nom de l'employeur/du programme de formation :

Date of last first pay cheque
 Date de la dernière première paie :

EARNINGS / GAINS

1. Complete payment information for each family member who is employed or in a paid training program / Veuillez fournir les renseignements financiers pour chaque membre de la famille qui a un emploi ou qui suit un programme de formation rémunéré.

2. If applicable, enter any deductions / Le cas échéant, indiquez toutes retenues.

Name / Nom:	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme
<input type="checkbox"/> Recipient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dep. Adult Bénéficiaire Cojoint(e) Adulte à charge					
Attending secondary/post secondary school full-time? Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Non Oui	Date	Date	Date	Date	Date
	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant
Gross pay (before deductions/Salaire brut (avant retenues)					
Net pay (after deductions) / Salaire net (après retenues)					
Deductions (enter only if applicable) / Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)					
Child or spousal support payments / Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Other garnishments to repay a debt/ Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette					

Name / Nom:	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme	Employer Name/ Training Program Nom-employeur/ programme
<input type="checkbox"/> Recipient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dep. Adult Bénéficiaire Cojoint(e) Adulte à charge					
Attending secondary/post secondary school full-time? Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Non Oui	Date	Date	Date	Date	Date
	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant	Amount / Montant
Gross pay (before deductions) / Salaire brut (avant retenues)					
Net pay (after deductions) / Salaire net (après retenues)					
Deductions (enter only if applicable) / Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)					
Child or spousal support payments / Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint					
Other garnishments to repay a debt/ Autres saisies-arrêts					

Child Care Expenses / Frais de garde d'enfants

- Enter the child name and the childcare provider name / Indiquez le nom de l'enfant et du fournisseur de service de garde
- Select the type of child care, licensed (most day cares) or unlicensed (most babysitters) and enter the amount / 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

Child name Nom de l'enfant	Child care provider name Le nom du service de garde	Licensed Avec permis	Unlicensed Sans permis	Amount Montant
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare the information here to be accurate and complete.
 Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature (recipient/trustee)
 Signature (bénéficiaire/fiduciaire)

Date

Notice with Respect to the Collection of Personal Information

(Freedom of Information and Protection of Privacy Act / Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act)

This information is collected under the legal authority of the Ontario Disability Support Program Act 1997, sections 5, 10, 45 & 46 of the Ontario Works Act 1997, sections 7, 8, 15, 57 & 58 for the purposes of administering Government of Ontario social assistance programs. For more information, please contact your caseworker at your local Ontario Works office. For local office contact information, contact Service Ontario toll-free at 1-888-789-4199 (TTY: 1-800-387-5559) or visit the ministry's web site at www.ontario.ca/mcss.

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.

Changes Report / Rapport de changements

COMPLETE ONLY IF THERE ARE CHANGES TO REPORT and return to your local office BY THE 16th of the month. **ATTACH RECEIPTS**

It is your legal obligation to report CHANGES in living arrangements, shelter costs, family size, income or assets.

REMPLEZ UNIQUEMENT S'IL Y A DES CHANGEMENTS À SIGNALER et retourner ce formulaire 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.

Name / Nom	Member ID Code d'ID. du membre	Office ID Bureau	Case Owner Ch. de cas	Changes for the month of Changements pour le mois de

Have you moved? / Avez-vous déménagé?

Date Moved / Date du déménagement _____

Renting Location
 Boarding (meals) Pension (repas)
 Own Home Propriétaire
 Institution/Hospital Institution/Hôpital

New Address / Nouvelle adresse

Street Number Numéro de rue	Street Name Nom de la rue	Unit Number Numéro d'appartement

<input type="checkbox"/> PO Box Case postale _____ <input type="checkbox"/> Rural Route Route rurale _____ <input type="checkbox"/> General Delivery Livraison générale _____	Town/City Ville/Municipalité _____ Postal Code Code postal _____ New Phone Number Nouveau no. de téléphone _____
--	---

Do you have any new housing costs? Attach Receipts for new housing expenses.

Avez-vous de nouveaux frais de logement? Joignez les reçus pour les nouveaux frais de logement.

New Rent / Boarding / Mortgage Amount Nouveau loyer/Pension/hypothèque	Amount Paid Montant payé	Start Date (D/M/Y) Date de début (J/M/A)
New Monthly Utility Costs (e.g. Hydro, Insurance) Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance)		
New Annual Heating Costs Nouveaux coûts annuels de chauffage	<input type="checkbox"/> Oil Huile <input type="checkbox"/> Gas Gaz <input type="checkbox"/> Electric Électricité <input type="checkbox"/> Wood Bois	

Family Changes / Changements familiaux

Name / Nom	<input type="checkbox"/> Recipient Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Spouse Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Dep. Adult Adulte à charge	<input type="checkbox"/> Dep. Child Enfant à charge
Details of Change: (e.g. moved out, finished school, new baby) Détails sur les changements (ex., a quitté le domicile, a terminé l'école, nouveau bébé)			Start Date (D/M/Y) Date de début (J/M/A)	

Is a family member leaving Ontario for more than 7 days?

Un membre de la famille quitte-t-il l'Ontario pendant plus de sept jours?

Date Leaving / Date de départ _____ Date Returning / Date de retour _____

Name / Nom	<input type="checkbox"/> Recipient Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Spouse Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Dep. Adult Adulte à charge	<input type="checkbox"/> Dep. Child Enfant à charge
------------	--	--	--	--

Does any family member have changes in assets (bought, sold, or changed in value)?

Y a-t-il un changement dans les biens d'un membre de la famille (achetés, vendus, changement de valeur)?

Type of Asset / Type de bien	New Value / Nouvelle valeur	Start Date / Date de début

Other changes in Circumstances (e.g. shared custody, new person living with you)?

Autres changements de circonstances (ex., garde conjointe, nouvelle personne vivant avec vous)?

--

Does any family member have changes in Income?

Y a-t-il un changement dans le revenu d'un membre de la famille?

Gross Income Revenu brut	Amount / Montant			Gross Income Revenu brut	Amount / Montant		
	Recipient Prestataire	Spouse Conjoint(e)	Dependent Pers. à charge		Recipient Prestataire	Spouse Conjoint(e)	Dependent Pers. à charge
Support Payments Pension alimentaire				Rental Income Revenu de location			
Employment Insurance Assurance-emploi				Foreign Pension Pension étrangère			
WSIB CSPAAT				Private Pension Pension privée			
CPP/QPP - Retirement RPC/RRQ-Retraite				Gifts / Windfalls Cadeaux / Gains fortuits			
CPP/QPP - Disability RPC/RRQ-Invalidité				Loans Prêts			
CPP/QPP - Survivor RPC/RRQ-Survivant				Trust / Inheritance Fiducie / Héritage			
OAS/GIS SV/SRG				Segregated Funds/Annuities Fonds distinct / Rentes viagères			
GAINS A RRAG A				Interest / Dividends Intérêts / Dividendes			
Roomer Income Revenu de chambreur				Insurance benefits Prestations d'assurance			
Boarder Income Revenu de pension				Other (specify): Autre (préciser):			

<p>I declare the information here to be accurate and complete and agree to advise my local Ontario Works office of any changes. 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.</p>	Signature (Recipient/Trustee) Signature (Bénéficiaire/fiduciaire)	Date
--	--	------