

Statement of Income / Déclaration de Revenu

NAME/NOM	MEMBER ID CODE D'ID DU MEMBRE	OFFICE BUREAU	CASELOAD/Worker CH. DE CAS	YOU ARE DECLARING INCOME FOR/ REVENUS	
Clearly print the name of the Applicant			Case Manager	16th of previous month	15th of current month
REPORT ALL GROSS INCOME RECEIVED BY YOU AND YOUR DEPENDENTS ATTACH APPROPRIATE VERIFICATION INCLUDING CHILD CARE EXPENSES INDIQUEZ TOUT REVENU BRUT REÇU PAR VOUS-MÊME OU PAR VOS DÉPENDANTS JOIGNEZ TOUTE PIÈCE JUSTIFICATIVE, INCLUANT LES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS		MAIL THIS FORM TO THE ADDRESS BELOW AS SOON AS POSSIBLE AFTER JOUR		MONTH MOIS	YEAR ANNÉE
				INCOME CHANGE CHANGE AU REVENUE	INITIALS INITIALES
				<input type="checkbox"/> YES OUI	<input type="checkbox"/> NO NON

Member ID can be found on a previous cheque stub, drug or dental card, or any other correspondence

I/WE HEREBY REQUEST CONTINUANCE OF THE ASSISTANCE GRANTED ME UNDER THE ONTARIO WORKS ACT. I DECLARE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THAT I AM ELIGIBLE FOR SUCH ASSISTANCE. REPORTED ON THE REVERSE SIDE IS ALL THE INCOME MY DEPENDANTS AND I HAVE RECEIVED FROM ALL SOURCES SINCE MY LAST REPORT. I AM AWARE THAT I MAY BE PENALIZED OR LIABLE FOR PROSECUTION IF I FAIL TO REPORT ALL INCOME.
*DÉPENDANTS ET MOI DÉCLARONS CONTINUER DE BÉNÉFICIER DE L'AIDE ACCORDÉE EN VERTU DE LA LOI SUR LE TRAVAIL EN ONTARIO. JE/NOUS DEMANDONS CONTINUER DE BÉNÉFICIER DE CE SOUTIEN. JE/NOUS DÉCLARONS QUE LE REVENU QUE LES DÉPENDANTS ET MOI AVONS REÇU DE TOUTES LES SOURCES DEPUIS MON/DENOS DERNIERS RAPPORTS EST DÉCLARÉ EN DÉTAIL SUR LE VERSO. JE SUIS CONSCIENT QUE QUICONQUE FOURNIT SCIEMMENT DES RENSEIGNEMENTS FAUX OU TROMPEURS EST PASSIBLE DE POURSUITES.
*PAR PERSONNES À CHARGE, ON ENTEND VOTRE CONJUGÉ ET TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE QUI HABITENT AVEC VOUS

Must be signed by all members of the Benefit Unit age 18 or over

IF THERE ARE ANY CHANGES, SUCH AS ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, NUMBER IN FAMILY, ETC., WRITE NEW INFORMATION BELOW.
VEUILLEZ INSCRIRE CI-DESSOUS TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE, DENUMÉRO DE TELEPHONE, DU NOMBRE DES PERSONNES DANS LA FAMILLE ETC.

I/We declare the information given here to be accurate and complete.
Je/Nous déclarons que les renseignements fournis dans la présente sont exacts et complets.

APPLICANT SIGNATURE	DATE
SPOUSE SIGNATURE	DATE
DEPENDENT ADULT/TRUSTEE SIGNATURE	DATE

(SEE REVERSE SIDE / VOUS AU VERSO)

**Write all earnings and income in the appropriate boxes received from the 16th of the previous month to the 15th of the current month.
If there is no income, write "NIL" in each box.**

Must be dated with a date after the 16th of the current month

STATEMENT OF INCOME / DÉCLARATION DE REVENU

NOTE: IF YOU HAVE NO INCOME TO REPORT, INDICATE 'NIL' IN THE BOXES BELOW. ALL BOXES MUST BE COMPLETE
REMARQUE: SI VOUS N'AVEZ AUCUN REVENU À DÉCLARER, INSCRIVEZ 'NÉANT' DANS LES CASES CI-DESSOUS

DESCRIPTION	GROSS AMOUNT/MONTANT BRUT			DESCRIPTION	GROSS AMOUNT/MONTANT BRUT		
	PARTICIPANT PARTICIPANTE(E)	SPOUSE CONJUGÉE(E)	DEPENDANT PERS À CH.		PARTICIPANT PARTICIPANTE(E)	SPOUSE CONJUGÉE(E)	DEPENDANT PERS À CH.
EARNINGS GAINS	GROSS/BRUT			CPP/QPP - RETIREMENT			
	NET/NETTE			RPC/RRQ - RETRAITE			
TIPS AND GRATUITIES				CPF/QPP - SURVIVOR			
POURBOIRES ET GRATIFICATIONS				RPC/RRQ - SURVIVANT			
RENTAL INCOME				CPF/QPP - DISABILITY			
REVENU DE LOCATION				RPC/RRQ - INVALIDITÉ			
PRIVATE PENSIONS				WAR VETERANS ALLOWANCE			
RÉGIME PRIVÉS DE PENSION				ALLOC. D'ANCIEN COMBAT.			
OAS / GIS				GROSS FARM INCOME			
SV / SRG				REVENU DE LA FERME BRUT			
GAINS				TRAINING	GROSS/BRUT		
PRAG				ALLOWANCE	NET/NETTE		
PRIVATE INSURANCE				ALLOC. DE FORMATION			
ASSURANCE PRIVÉE				LOANS, GIFTS, OTHER(SPECIFY)			
SUPPORT PAYEMENTS				EMPRUNT, ÉTRENNES, AUTRE(Preciser)			
PENSION ALIMENTAIRE					NUMBER OF MALES	NUMBER OF FEMALES	TOTAL AMOUNT
FOREIGN PENSIONS					Nibre D'HOMMES	Nibre DE FEMMES	MONTANT TOTAL
PENSIONS D'UN PAYS ÉTRANGER							
EMPLOYMENT INSURANCE				ROOMERS			
ASSURANCE D'EMPLOI				LOCATAIRES			
WSIB(WGB)PERM./TEMP.				BOARDERS			
ICSPAAT(CAT)PER./TEMP.				PENSIONAIRES			

IN ORDER TO AVOID ANY INTERRUPTION IN THE PAYMENT OF YOUR ASSISTANCE IT IS NECESSARY FOR THIS FORM TO BE CORRECTLY COMPLETED AND RETURNED ON THE DATE ON THE REVERSE

AFIN D'ÉVITER TOUTE INTERRUPTION DU PAIEMENT DE VOS PRESTATION VOUS DEVEZ REMPLIR CORRECTEMENT CETTE CARTE ET L'ENVOYER À LA DATE INDICUÉE AU VERSO