

Statement of Income / Déclaration de Revenu

NAME / NOM VOID	MEMBER ID CODE D'ID. DU MEMBRE Member ID	OFFICE BUREAU	CASELOAD CH. DE CAS	INCOME FOR / REVENUS POUR LA PÉRIODE							
				DAY JOUR	MONTH MOIS	YEAR ANÉE	DAY JOUR	MONTH MOIS	YEAR ANÉE		
				16 08 07		TO/A		15 09 07			
REPORT ALL GROSS INCOME RECEIVED BY YOU AND YOUR DEPENDENTS ATTACH APPROPRIATE VERIFICATION DÉCLAREZ LE REVENU BRUT QUE VOUS ET LES PERSONNES À VOTRE CHARGE ONT REÇU ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES APPROPRIÉES				MAIL THIS FORM TO THE ADDRESS BELOW AS SOON AS POSSIBLE AFTER ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE				16 09 07		INCOME CHANGE CHANGEMENT AU REV	INITIALS INITIALES
								<input type="checkbox"/> YES OUI	<input type="checkbox"/> NO NON		

COMMUNITY AND FAMILY SERVICES
362 MONTREAL STREET
KINGSTON, ONTARIO
K7K 3H5

IF ANY PARTICULARS, SUCH AS ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, NUMBER IN FAMILY, ETC., HAVE CHANGED, CONTACT YOUR CASE MANAGER.
 SI VOTRE ADRESSE, N° DE TÉLÉPHONE, NOMBRE DE PERSONNES DANS VOTRE FAMILLE, ETC. ONT CHANGÉ, CONTACTEZ LE(LA) RESPONSABLE DE VOTRE DOSSIER.

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

I 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.
 *DEPENDANTS INCLUDE YOUR SPOUSE AND ALL DEPENDENT PERSONS LIVING WITH YOU.
 JE DEMANDE PAR LA PRÉSENTE QUE LES PRESTATIONS DONT J'AI BÉNÉFICIÉ EN VERTU DE LA LOI DE 1997 SUR LE PROGRAMME ONTARIO AU TRAVAIL CONTINUENT DE M'ÊTRE VERSÉES. JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE JE SUIS ADMISSIBLE À CES PRESTATIONS. LE REVENU QUE LES PERSONNES À MA CHARGE* ET MOI-MÊME AVONS REÇU DE TOUTES SOURCES DEPUIS MA DERNIÈRE DÉCLARATION EST INDIQUÉ AU VERSO. *PAR PERSONNES À CHARGE, ON ENTEND VOTRE CONJOINT(E) ET TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE QUI HABITENT AVEC VOUS.

SIGNATURE SPOUSE SIGNATURE DU/DE LA CONJOINT(E)	DATE
Spouse Signature	Date
SIGNATURE RECIPIENT SIGNATURE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE	DATE
Client Signature	Date

(SEE REVERSE SIDE / VOIR AU VERSO)

STATEMENT OF INCOME / DÉCLARATION DE REVENU

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

DESCRIPTION	GROSS AMOUNT / MONTANT BRUT		
	PARTICIPANT PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT PERS. À CH.
EARNINGS GAIN			
GROSS / BRUT	500	237	NIL
NET	350	192	NIL
TIPS AND GRATUITIES POURBOIRES ET GRATIFICATIONS	NIL	NIL	NIL
RENTAL INCOME REVENU DE LOCATION	NIL	NIL	NIL
PRIVATE PENSIONS RÉGIME PRIVÉS DE PENSION	NIL	NIL	NIL
OAS / GIS SV / SRG	NIL	NIL	NIL
GAINS A RRAG PERSONNES AGÉES	NIL	NIL	NIL
PRIVATE INSURANCE ASSURANCE PRIVÉE	NIL	NIL	NIL
SUPPORT PAYMENTS PENSION ALIMENTAIRE	NIL	NIL	NIL
FOREIGN PENSIONS PENS. D'UN PAYS ÉTRANGER	NIL	NIL	NIL
EMPLOYMENT INSURANCE ASSURANCE-EMPLOI	NIL	NIL	NIL
NAT. CHILD BENEFIT SUPPLEMENT SUPPLÈMENT PREST. NAT. ENFANTS	NIL	NIL	NIL

DESCRIPTION	GROSS AMOUNT / MONTANT BRUT		
	PARTICIPANT PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT PERS. À CH.
CANADA PENSION RETIREMENT PENSION DE RÉTRAITE (CAN)	NIL	NIL	NIL
CANADA PENSION DISABILITY PENS. D'INVALIDITÉ (CAN)	NIL	NIL	NIL
CANADA PENSION SURVIVOR PRES. DE SURVIVANT (CAN)	NIL	NIL	NIL
WAR VETERANS ALLOWANCE ALLO. D'ANCIEN COMBAT.	NIL	NIL	NIL
WSIB (WCB) PERM./TEMP. CSPAAT (CAT) PERM./TEMP.	NIL	NIL	NIL
GROSS FARM INCOME REVENU DE LA FERME BRUT	NIL	NIL	NIL
TRAINING ALLOWANCE ALLO. DE FORMATION			
GROSS / BRUT	NIL	NIL	NIL
NET/NETTE	NIL	NIL	NIL
LOANS, GIFTS, OTHER (SPECIFY) PRÊTS, DONN. AUTRE (PRÉCISER)	NIL	NIL	NIL
INCOME/REVENU	NO. OF MALES N° D'HOMMES	NO. OF FEMALES N° DE FEMMES	TOTAL AMOUNT MONTANT TOTAL
ROOMERS LOCATAIRES	NIL	NIL	NIL
BOARDERS PENSIONNAIRES	NIL	NIL	NIL

IN ORDER TO AVOID ANY INTERRUPTION IN THE PAYMENT OF YOUR ASSISTANCE, COMPLETE THIS FORM AND RETURN BY THE DATE SHOWN ON THE REVERSE.

AFIN D'ÉVITER TOUTE INTERRUPTION DU PAIEMENT DE VOS PRESTATIONS, VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE CARTE ET L'ENVOYER À LA DATE INDIQUÉE AU VERSO.