

**Statement of Income / Déclaration de Revenu**

NAME / NOM	MEMBER ID CODE D'ID. DU MEMBRE	OFFICE BUREAU	CASELOAD CH. DE CAS	INCOME FOR / REVENUS POUR LA PÉRIODE						
				D/J	M/M	Y/A	TO/A	D/J	M/M	Y/A
				16		15				
REPORT ALL GROSS INCOME RECEIVED BY YOU AND YOUR DEPENDENTS ATTACH APPROPRIATE VERIFICATION			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			DAY JOUR	MONTH MOIS	YEAR ANÉE	INCOME CHANGE CHANGEMENT AU REV	INITIALS INITIALES
DÉCLAREZ LE REVENU BRUT QUE VOUS ET LES PERSONNES À VOTRE CHARGE ONT REÇU ANNEXER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES APPROPRIÉES									<input type="checkbox"/> YES OUI	<input type="checkbox"/> NO NON

IF ANY PARTICULARS, SUCH AS ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, NUMBER IN FAMILY, ETC., HAVE CHANGED, WRITE NEW INFORMATION BELOW.  
SI VOTRE ADRESSE, N° DE TÉLÉPHONE, NOMBRE DE PERSONNES DANS VOTRE FAMILLE, ETC. ONT CHANGÉ, VEUILLEZ DONNER LES NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS.

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.

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

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			
	NET		
TIPS AND GRATUITIES POURBOIRES ET GRATIFICATIONS			
RENTAL INCOME REVENU DE LOCATION			
PRIVATE PENSIONS RÉGIME PRIVÉS DE PENSION			
OAS / GIS SV / SRG			
GAINS A RRAO PERSONNES AGÉES			
PRIVATE INSURANCE ASSURANCE PRIVÉE			
SUPPORT PAYMENTS PENSION ALIMENTAIRE			
FOREIGN PENSIONS PENS. D'UN PAYS ÉTRANGER			
EMPLOYMENT INSURANCE ASSURANCE-EMPLOI			
NAT. CHILD BENEFIT SUPPLEMENT SUPPLÉMENT PREST. NAT. ENFANTS			

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

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.