

# STATEMENT OF INCOME CARD

**To receive your benefits via Direct Deposit, your card must be remitted on OR soon after the 16<sup>th</sup> of the month.**

1. **INCOME CHANGE:** Please indicate by a check mark YES or NO and add your initials.
2. **DATES:** This section indicates the period that the statement of income card covers and after what date you may send/return the card. Make sure that you return your income card ON or soon after the 16<sup>th</sup> of the month.
3. **SIGNATURE:** The participant, spouse and dependent(s) (18 yrs. and older) are **REQUIRED** to sign and date the card; otherwise, your card will be returned and could postpone your benefits.
4. **INCOME REPORTING SECTION:** Make sure to indicate ALL changes related to your income in this section and declare ALL income sources.
  - If you are working, you **MUST ATTACH ALL** your pay stubs related to the period covered by the card and indicate your income in the proper boxes.
  - If you are unemployed OR have no income, indicate NIL in each box below.

## Statement of Income / Déclaration de Revenu

30018877

NAME / NOM <b>YOUR NAME WILL BE PRINTED HERE</b>	MEMBER ID CODE D'ID DU MEMBRE <b>000 000 000</b>	OFFICE BUREAU <b>0102</b>	CASE LOAD CH. DE CAS <b>103</b>	YOU ARE DECLARING INCOME FOR / VOUS DÉCLAREZ VOS REVENUS POUR LA PÉRIODE DE DU MM Y/A TO/A DU MM Y/A <b>16 11 2010 TO/A 15 12 2010</b>
REPORT ALL GROSS INCOME RECEIVED BY YOU AND YOUR DEPENDANTS ATTACH APPROPRIATE VERIFICATION INCLUDING CHILD CARE EXPENSES INDIQUEZ TOUT REVENU BRUT REÇU POUR VOUS OU VOS DÉPENDANTS. JOINDEZ TOUTE PIÈCE JUSTIFICATIVE, INCLUANT LES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS		MAIL THIS FORM TO THE ADDRESS BELOW AS SOON AS POSSIBLE AFTER ENVOYER DES QUE POSSIBLE CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE		INCOME CHANGE / CHANGEMENT DE REVENU <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON DID I OVERPASS / OUI/PASSER DES <input type="checkbox"/>

**ROCKLAND**  
101-2229 Laurier CP/PO Box 370  
Rockland ON  
K4K 1K5

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

I/WE HEREBY REQUEST CONTINUANCE OF THE ASSISTANCE GRANTED ME/US UNDER THE ONTARIO WORKS ACT. I/WE DECLARE THAT, TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF, THAT I/AM/WE ARE ELIGIBLE FOR SUCH ASSISTANCE REPORTED ON THE REVERSE SIDE IS ALL THE INCOME MY/OUR DEPENDANT(S) AND I/US HAVE RECEIVED FROM ALL SOURCES SINCE MY/OUR LAST REPORT / I/AM/WE ARE AWARE THAT I/WE MAY BE PENALIZED OR BE LIABLE FOR PROSECUTION FOR KNOWINGLY MAKING FALSE OR MISLEADING STATEMENTS.

I/We declare the information given here to be accurate and complete.  
Je/Nous déclare ons que les renseignements fournis le par sont exacts et complets.

\*DEPENDENTS INCLUDE YOUR SPOUSE AND ALL DEPENDENT PERSONS LIVING WITH YOU.

APPLICANT SIGNATURE / SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE	DATE
SPOUSE SIGNATURE / SIGNATURE DU CONJOINT	DATE
DEPENDENT ADULT / SIGNATURE ADULTE DÉPENDANT (+18 YRS/ANS)	DATE

(SEE REVERSE SIDE / VOIR AU VERSO)

JE/NOUS DÉMANDONS PAR LA PRÉSENTE QUE LES PRESTATIONS DONT J'AI/NOUS AVONS BÉNÉFICIÉ EN VERTU DE LA LOI SUR LE PROGRAMME ONTARIO AU TRAVAIL, CONTINUENT DE M'INOUS ÊTRE VERSÉES. JE/NOUS DÉCLARONS QU'AU MEILLEUR DE MA/NOTRE CONNAISSANCE ET CROYANCE, JE SUIS/NOUS SOMMES ADMISSIBLE À CES PRESTATIONS. LE REVENU QUE LA/ES PERSONNE(S) À MA/NOTRE CHARGE ET MOI/NOUS-MÊMES AVONS REÇU DE TOUTES SOURCES DEPUIS MA/NOTRE DERNIÈRE DÉCLARATION EST INDIQUÉ AU VERSO. JE SUIS (NOUS SOMMES) CONSCIENT(ES) QUE QUICONQUE FAIT SCIEMMENT DES DÉCLARATIONS FAUSSES OU TROMPEUSES EST PASSIBLE DE PÉNALITÉS OU DE POURSUITES.  
\*PAR PERSONNES À CHARGE, ON ENTEND VOTRE CONJOINT ET TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE QUI HABITENT AVEC VOUS.

## 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 PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT PERS À CH.		PARTICIPANT PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT(S) PERS À CH.
EARNINGS GAINS	GROSS / BRUT NIL			CPP/OPP - RETIREMENT RPC/RPO - RÉTRAITÉ	NIL		
TIPS AND GRATUITIES POURBOIRES ET GRATIFICATIONS	GROSS / BRUT NIL			CPP/OPP - DISABILITY RPC/RPO - INVALIDITÉ	NIL		
RENTAL INCOME REVENU DE LOCATION	NET / NETTE NIL			CPP/OPP - SURVIVOR RPC/RPO - SURVIVANT	NIL		
PRIVATE PENSIONS RÉGIME PRIVÉS DE PENSION	GROSS / BRUT NIL			WAR VETERANS ALLOWANCE ALLOC. D'ANCIEN COMBAT	NIL		
GAS / GIS SV / SRG	NET / NETTE NIL			WSIB (WCB) PERM/TEMP. ICSPAAT (CAT) PERM/TEMP.	NIL		
GAINS PRAG	GROSS / BRUT NIL			GROSS FARM INCOME REVENU DE LA FERME BRUT	NIL		
PRIVATE INSURANCE ASSURANCE PRIVÉE	NET / NETTE NIL			TRAINING ALLOWANCE ALLOC. DE FORMATION	NIL		
SUPPORT PAYMENTS PENSION ALIMENTAIRES	GROSS / BRUT NIL			LOANS, GIFTS, OTHER (SPECIFY) AUTRE (PRÉCISER)	NIL		
FOREIGN PENSIONS PENSION D'UN PAYS ÉTRANGER	NET / NETTE NIL			DO YOU HAVE ANY ROOMERS OR BOARDERS IN YOUR HOME ? <input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON # OF ROOMERS / # CHAMBEUR _____ AMOUNT PER ROOMER / MONTANT PAR CHAMBEUR \$ _____ # OF BOARDERS / # PENSIONNAIR _____ AMOUNT PER BOARDER / MONTANT PAR PENSIONNAIR \$ _____			
EMPLOYMENT INSURANCE ASSURANCE-EMPLOI	GROSS / BRUT NIL						

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 INDIQUÉE AU VERSO

**WE DO NOT ACCEPT ANY \*\*\*VOID\*\*\* INCOME STATEMENT CARDS**

# CARTE DE DÉCLARATION DE REVENU

Pour obtenir vos prestations par dépôt-direct, il est important que vous envoyez votre carte de déclaration de revenu soit le 16<sup>e</sup> jour du mois, ou peu après cette date.

- CHANGEMENT AU REV.** : S.v.p. indiquer par un crochet OUI ou NON et apposer vos initiales.
- DATES** : Cette section indique la période que la carte de déclaration couvre et indique la date que vous pouvez retourner/poster votre déclaration. Assurez-vous de bien vouloir retourner votre carte pour le 16<sup>e</sup> jour du mois OU peu après cette date.
- SIGNATURE** : La signature et la date sont OBLIGATOIRES pour le(s) participant(e)s, conjoint(e)s et dépendant(e)s (de 18 ans ou plus). Faute de quoi, votre déclaration sera retournée et vos prestations pourraient être retenues.
- SECTION REVENU À DÉCLARER** : Vous devez indiquer dans cette section TOUT changement relatif à vos revenus et déclarer TOUTES vos sources de revenus.
  - Si vous travaillez, vous DEVEZ ATTACHER TOUS vos talons de paie touchant la période indiquée sur la carte de déclaration. Vous devez indiquer vos gains dans les cases appropriées.
  - Si vous êtes sans emploi OU vous n'avez pas de revenus, vous devez indiquer NÉANT ou NIL dans chaque case de cette section.

## Statement of Income / Déclaration de Revenu

30016877

NAME / NOM VOTRE NOM SERA IMPRIMÉ ICI	MEMBER ID CODE D'ID DU MEMBRE 000 000 000	OFFICE BUREAU 0102	CASE LOAD CH. DE CAS 103	YOU ARE DECLARING INCOME FOR / VOUS DÉCLAREZ VOS REVENUS POUR LA PÉRIODE DE						
				DU	MM	Y/A	DU	MM	Y/A	
				16	11	2010	TO/A	15	12	2010
REPORT ALL GROSS INCOME RECEIVED BY YOU AND YOUR DEPENDANTS ATTACH APPROPRIATE VERIFICATION INCLUDING CHILDCARE EXPENSES INDIQUEZ TOUT REVENU BRUT REÇU POUR VOUS OU 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 ENVOYER DES QUE POSSIBLE CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE			DAY JOUR	MONTH MOIS	YEAR ANNÉE	INCOME CHANGE / CHANGEMENT DE REVENUS	
						16	12	2010	<input type="checkbox"/> YES OUI	<input type="checkbox"/> NO NON

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

**ROCKLAND**  
101-2229 Laurier CP/PO Box 370  
Rockland ON  
K4K 1K5

I/WE HEREBY REQUEST CONTINUANCE OF THE ASSISTANCE GRANTED ME/US UNDER THE ONTARIO WORKS ACT. I/WE DECLARE THAT, TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF, THAT I /AM/WE ARE ELIGIBLE FOR SUCH ASSISTANCE REPORTED ON THE REVERSE SIDE IS ALL THE INCOME MY/OUR DEPENDANT(S) AND VUS HAVE RECEIVED FROM ALL SOURCES SINCE MY/OUR LAST REPORT. I /AM/WE ARE AWARE THAT I/WE MAY BE PENALIZED OR BE LIABLE FOR PROSECUTION FOR KNOWINGLY MAKING FALSE OR MISLEADING STATEMENTS.  
\*DEPENDENTS INCLUDE YOUR SPOUSE AND ALL DEPENDENT PERSONS LIVING WITH YOU.  
JE/NOUS DEMANDÉONS PAR LA PRÉSENTE QUE LES PRESTATIONS DONT J'AI/NOUS AVONS BÉNÉFICIÉ EN VERTU DE LA LOI SUR LE PROGRAMME ONTARIO AU TRAVAIL, CONTINUENT DE M'ÊTRE/ÊTRE VERSÉES. JE/NOUS DÉCLARONS QU'AU MEILLEUR DE MA/MOTRE CONNAISSANCE ET CROYANCE, JE SUIS/NOUS SOMMES ADMISSIBLE À CES PRESTATIONS. LE REVENU (QUE LA/ES) PERSONNE(S) À MA/MOTRE CHARGE ET MOI/NOUS MÊME(S) AVONS REÇU DE TOUTES SOURCES DEPUIS MA/MOTRE DERNIÈRE DÉCLARATION EST INDIQUÉ AU VERSO. JE SUIS (NOUS SOMMES) CONSCIENT(ES) QUE QUICONQUE FAIT SCIEMMENT DES DÉCLARATIONS FAUSSES OU TROMPEUSES EST PASSIBLE DE PÉNALTIÉS OU DE POURSUITES.  
\*PAR PERSONNES À CHARGE, ON ENTEND VOTRE CONJOINT ET TOUTES LES PERSONNES À VOTRE CHARGE QUI HABITENT AVEC VOUS.

I/We declare the information given here to be accurate and complete.  
Je/Nous déclare que les renseignements fournis ici par moi sont exacts et complets.

APPLICANT SIGNATURE / SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE	DATE
SPOUSE SIGNATURE / SIGNATURE DU CONJOINT	DATE
DEPENDENT ADULT / SIGNATURE ADULTE DÉPENDANT (+18 YRS/ANS)	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. 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 PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT PERS À CH.		PARTICIPANT PARTICIPANT(E)	SPOUSE CONJOINT(E)	DEPENDANT(S) PERS À CH.
EARNINGS GAINS	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		CPP/QPP - RETIREMENT RPC/RRO - RÉTRAITÉ	NIL		
TIPS AND GRATUITIES POURBOIRES ET GRATIFICATIONS	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		CPP/QPP - DISABILITY RPC/RRO - INVALIDITÉ	NIL		
RENTAL INCOME REVENU DE LOCATION	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		CPP/QPP - SURVIVOR RPC/RRO - SURVIVANT	NIL		
PRIVATE PENSIONS RÉGIME PRIVÉ DE PENSION	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		WAR VETERANS ALLOWANCE ALLOC. D'ANCIEN COMBAT	NIL		
OAS / GIS SV / SRG	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		WSIB (WCB) PERM./TEMP. ICSPAAT (CAT) PERM./TEMP.	NIL		
GAINS PRAGS	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		GROSS FARM INCOME REVENU DE LA FERME BRUT	NIL		
PRIVATE INSURANCE ASSURANCE PRIVÉE	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		TRAINING ALLOC. DE FORMATION	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL	
SUPPORT PAYMENTS PENSION ALIMENTAIRES	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		LOANS, GIFTS, OTHER (SPECIFY) AUTRE (PRÉCISER)	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL	
FOREIGN PENSIONS PENSION D'UN PAYS ÉTRANGER	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		DO YOU HAVE ANY ROOMERS OR BOARDERS IN YOUR HOME ?			
EMPLOYMENT INSURANCE ASSURANCE-EMPLOI	GROSS / BRUT NIL	NET / NETTE NIL		<input type="checkbox"/> YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON # OF ROOMERS / # CHAMBEUR _____ AMOUNT PER ROOMER \$ _____ # OF BOARDERS / # PENSIONNAIR _____ MONTANT PAR PENSIONNAIRE \$ _____			

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 INDIQUÉE AU VERSO

**NOUS N'ACCEPTONS PAS LES CARTES DE DÉCLARATION \*\*VOID/NUL\*\***