



Vidéo session d'information

- emploi

Exemple d'activité d'aide à l'emploi

| 2

- Recherche d'emploi;
- Travail indépendant;
- Maintien d'un emploi;
- Formation professionnelle;
- Préparation à l'emploi;
- Obtention de votre diplôme d'études secondaires de l'Ontario;
- Programme Expérience, poursuite et reprise des études pour les parents (EXPRESS) – obligatoire pour les parents de 16 et 17 ans, volontaire pour les parents de 18 à 25 ans;
- Évaluation des aptitudes;
- Perfectionnement de langage;
- Bénévolat auprès d'organismes communautaires;
- Orientation vers divers services d'évaluation et de traitement;
- Référence Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH);

Prestations d'emploi et prestations pour la participation à des activités d'aide à l'emploi

- Allocation pour vêtements de travail appropriés et/ou outils et matériels;
- Aide financière associée à un nouvel emploi à temps plein;
- Programme d'incitatif à l'emploi;
- Aide financière pour du transport;
- Assistance pour paiement de frais de garde;
- Incitatif au bénévolat;
- Certains frais scolaires;
- Obtention de certification supplémentaire et de premiers soins;
- Soutien supplémentaire pour la recherche d'emploi;

Certaines de ces prestations ont des maximums alloués, veuillez en discuter avec votre gestionnaire.

Carte de déclaration de revenus

- Déclarer vos revenus est si simple.
- La carte de déclaration de revenus doit être soumise le 16e jour du mois ou peu après cette date.
- Lorsque vous trouvez un emploi ou vous recevez d'autres gains, vous devez retourner la carte de déclaration de revenus et les vérifications nécessaires telles qu'un talon de paie et signaler tout changement, voici un exemple:



Déclaration de Revenu

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.

| | | | | |
|--|--|--|------------|--|
| Nom DOE, JOHN | Code d'ID. du membre xxx xxx xxx | Bureau 199 | Ch. de cas | Changement au revenu <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON |
| ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE | | | | |
| Adresse : Prescott et Russell - 000199 - Bur 59 Court C.P./P.O. Box 303 L'Orignal Ontario KOB 1K0 | | REVENUS POUR : JOUR MOIS ANNÉE A JOUR MOIS ANNÉE 16 12 18 15 01 19 | | |
| Est-ce que vous-même <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> adulte à charge <input type="checkbox"/> Avez-vous <input type="checkbox"/> cessé de <input type="checkbox"/> commencé à travailler ce mois-ci? Nom de l'employeur/du programme de formation : _____ Date de la <input type="checkbox"/> dernière <input type="checkbox"/> première paie : _____ | | | | |

Gains

1. Veuillez fournir les renseignements financiers pour chaque membre de la famille qui a un emploi ou qui suit un programme de formation rémunéré.
 2. Le cas échéant, indiquez toutes retenues.

| Nom: John Doe | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Adulte à charge | McDonald | McDonald | McDonald | | |
| Étes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Date 17/12/18 | Date 24/12/18 | Date 7/01/19 | Date | Date |
| | Montant | Montant | Montant | Montant | Montant |
| Salaire brut (avant retenues) | 325.88 | 214.43 | 421.74 | | |
| Salaire net (après retenues) | 298.51 | 199.86 | 384.50 | | |

Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Paie de pension alimentaire pour enfants ou conjoint | | | | | |
| Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette | | | | | |

| Nom: _____ | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme | Nom-employeur/programme |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Adulte à charge | | | | | |
| Étes-vous aux études postsecondaires à temps plein? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | Date | Date | Date | Date | Date |
| | Montant | Montant | Montant | Montant | Montant |
| Salaire brut (avant retenues) | | | | | |
| Salaire net (après retenues) | | | | | |

Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Paie de pension alimentaire pour enfants ou conjoint | | | | | |
| Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette | | | | | |

Frais de garde d'enfants

1. Indiquez les noms de l'enfant et du fournisseur de services de garde
 2. 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.

| Nom de l'enfant | Nom du fournisseur de services de garde | Avec permis | Sans permis | Montant |
|-----------------|---|--------------------------|--------------------------|---------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Signature (bénéficiaire/fiduciaire) **John Doe** Date **18/01/19**

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 1-888-769-4199 (ATS : 1-800-387-5559) ou consulter le site Web du ministère à www.ontario.ca/mcss.

3

4

1

2

5

Déclaration de Revenu

APERÇU

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.

Nom: DOE, John

Code d'ID, du membre: xxx xxx xxx

Bureau: 199

Ch. de cas: en blanc

Changement au revenu: OUI (case non cochée), NON (case cochée)

COURRIER

- ENVOYEZ CETTE CARTE À L'ADRESSE INDIQUÉE CHOISSOUS DES QUE POSSIBLE APRÈS LE JOUR (valeur: 16), MOIS (valeur: 01) ANNÉE (valeur: 19)
- Adresse:
Prescott and Russell - 000199 – Bur
59 Court C.P./P.O. Box 303
L'Orignal Ontario KOB IKO

Aperçu des revenus

REVENUS POUR

JOUR (valeur: 16), MOIS (valeur: 12), ANNÉE (valeur: 18)

a

JOUR (valeur: 15), MOIS (valeur: 01), ANNÉE (valeur: 19)

Est-ce que vous-même (case no cochée), conjoint(e) (case non cochée), adulte à charge (case non cochée)

Avez-vous (case non cochée) cessé de, (case non cochée) commencé à travailler ce mois-ci?

Nom de l'employeur/du programme de formation: en blanc

Date de la (case non cochée) dernière, (case non cochée) première paie: en blanc

Gains

1. Veuillez fournir les renseignements financiers pour chaque membre de la famille qui a un emploi ou qui suit un programme de formation rémunéré.
2. Le cas échéant, indiquez toutes retenues.

Tableau des revenus 1

Ce tableau du formulaire étant complexe, les informations sont présentées ici avec une structure plus simple.

Nom: John Doe

(case non cochée) Bénéficiaire, (case non cochée) Conjoint(e), (case non cochée) Adulte à charge

Êtes-vous aux études postsecondaires à temps plein?: (case cochée) Non, (case cochée) Oui

| | Nom-employeur/ programme (valeur: McDonald) | Nom-employeur/ programme (valeur: McDonald) | Nom-employeur/ programme (valeur: McDonald) | Nom-employeur/ programme (valeur: en blanc) | Nom-employeur/ programme (valeur: en blanc) |
|---|--|--|--|--|--|
| | Date: (valeur: 17/12/18) | Date: (valeur: 24/12/18) | Date: (valeur: 7/01/19) | Date: (valeur : en blanc) | Date: (valeur : en blanc) |
| Salaire brut (avant retenues) | \$325.88 | \$214.43 | \$421.74 | en blanc | en blanc |
| Salaire net (après retenues) | \$298.51 | \$199.86 | \$384.50 | en blanc | en blanc |
| Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu) - Paiements de pension alimentaire pour enfants ou conjoint | en blanc | en blanc | en blanc | en blanc | en blanc |
| Retenues (saisir uniquement s'il y a lieu) - Autres saisies-arrêts pour remboursement de dette | en blanc | en blanc | en blanc | en blanc | en blanc |

Tableau des revenus 2

Ce tableau comporte les mêmes champs de formulaire que le tableau des gains 1. Toutes les valeurs sont vides.

Frais de garde d'enfants

1. Indiquez les noms de l'enfant et du fournisseur de services de garde

2. 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.

| Nom de l'enfant | Nom du fournisseur de services de garde | Avec permis/Sans permis | Montant |
|-----------------|---|-------------------------|----------|
| en blanc | en blanc | Aucune case cochée | en blanc |
| en blanc | en blanc | Aucune case cochée | en blanc |
| en blanc | en blanc | Aucune case cochée | en blanc |

Section de la signature

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Signature (bénéficiaire/fiduciaire): Signé par John Doe

Date: 18/01/19

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.

Rapport des changements

REPLIR UNIQUEMENT S'IL Y A DES CHANGEMENTS À SIGNALER et retourner 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.

| Nom DOE, JOHN | | Code d'ID. du membre XXX XXX XXX | Bureau 199 | Ch. de cas | Changements pour le mois de JANVIER/19 | | |
|--|--------------|--|--|--|--|---------------------------------|----------------|
| Avez-vous déménagé? Date du déménagement 01/01/2019 <input checked="" type="checkbox"/> Location <input type="checkbox"/> Pension (repas) <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Institution/Hôpital | | | | | | | |
| Nouvelle adresse Numéro de rue 59 Nom de la rue rue Court Numéro d'appartement 8 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cesse postale <input type="checkbox"/> Route rurale <input type="checkbox"/> Livraison générale | | Ville/Municipalité L'Orignal Code postal K0B 1K0 Nouveau no. de téléphone 613-555-5555 | | | | | |
| Avez-vous de nouveaux frais de logement? Joignez les reçus pour les nouveaux frais de logement. | | | | | | | |
| Nouveau loyer/Pension/hypothèque | | Montant payé 800 \$ | Date de début (J/M/A) 01/01/2019 | | | | |
| Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance) | | | | | | | |
| Nouveaux coûts annuels de chauffage <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Bois | | | | | | | |
| Changements familiaux | | | | | | | |
| Nom | | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire | <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Adulte à charge | <input type="checkbox"/> Enfant à charge | | |
| Détails sur les changements (ex., a quitté le domicile, a terminé l'école, nouveau bébé) | | | | | Date de début (J/M/A) | | |
| Un membre de la famille quitte-t-il l'Ontario pendant plus de sept jours? Date de départ _____ Date de retour _____ | | | | | | | |
| Nom | | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire | <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Adulte à charge | <input type="checkbox"/> Enfant à charge | | |
| Y a-t-il un changement dans les biens d'un membre de la famille (achetés, vendus, changement de valeur)? | | | | | | | |
| Type de bien | | Nouvelle valeur | Date de début (J/M/A) | | | | |
| Autres changements de circonstances (ex., garde conjointe, nouvelle personne vivant avec vous)? | | | | | | | |
| Y a-t-il un changement dans le revenu d'un membre de la famille? | | | | | | | |
| Revenu brut | Montant | | | Revenu brut | Montant | | |
| | Bénéficiaire | Conjoint(e) | Pers. à charge | | Bénéficiaire | Conjoint(e) | Pers. à charge |
| Pension alimentaire | | | | Revenu de location | | | |
| Assurance-emploi | | | | Pension étrangère | | | |
| CSPAAT | | | | Pension privée | | | |
| RPC/RRQ-Retraite | | | | Cadeaux / Gains fortuits | 300 | | |
| RPC/RRQ-Invalidité | | | | Prêts | | | |
| RPC/RRQ-Survivant | | | | Fiducie / Héritage | | | |
| SV/SRG | | | | Fonds distinct / Rentes viagères | | | |
| RRAG A | | | | Intérêts / Dividendes | | | |
| Revenu de chambreur | | | | Prestations d'assurance | | | |
| Revenu de pension | | | | Autre (préciser) : | | | |
| 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. | | | | Signature (Bénéficiaire/Propriétaire) <i>John Doe</i> | | Date (J/M/A) 18/01/19 | |

2

3

1

6

Rapport des changements

REMPHIR UNIQUEMENT S'IL Y A DES CHANGEMENTS À SIGNALER et retourner 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.

Aperçu

Nom: DOE, John

Code d'ID. du membre: xxx xxx xxx

Bureau: 199

Ch. de cas: en blanc

Changements pour la mois de: Janvier/19

Section déménagement

Avez vous déménagé?

Date du déménagement: 01/01/19

Location (case cochée "x"), Pension (repas) (case non cochée), Propriétaire (case non cochée),
Institution/ Hôpital (case non cochée)

Nouvelle adresse:

- Numéro de rue: 59
- Nom de la rue: rue Court
- Numéro d'appartement: 8
- Case postale (case non cochée)
- Route rurale (case non cochée)
- Livraison générale (case non cochée)
- Ville/Municipalité: L'Orignal
- Code postal: K0B 1K0
- Nouveau no. de téléphone: 613-555-5555

Nouveaux frais de logement

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

| Coût | Montant payé | Date de début (J/M/A) |
|---|--------------|-----------------------|
| Nouveau loyer/Pension/hypothèque | 800 \$ | 01/01/2019 |
| Nouveaux coûts mensuels des services publics (ex., électricité, assurance) | en blanc | en blanc |
| En blanc | en blanc | en blanc |

| | | |
|--|----------|----------|
| Nouveaux coûts annuels de chauffage: Huile (case non cochée), Gaz (case non cochée), Électricité (case non cochée), Bois (case non cochée) | en blanc | en blanc |
|--|----------|----------|

Changements familiaux

Membre de la famille 1

Nom: en blanc

Bénéficiaire: (case non cochée)

Conjoint(e): (case non cochée)

Adulte à charge: (case non cochée)

Enfant à charge: (case non cochée)

Détails sur les changements (ex., a quitté le domicile, a terminé l'école, nouveau bébé): en blanc

Date de debut (J/M/A): en blanc

Membre de la famille 2

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

Date de départ: en blanc

Date de retour: en blanc

Nom: en blanc

Bénéficiaire: (case non cochée)

Conjoint(e): (case non cochée)

Adulte à charge: (case non cochée)

Enfant à charge: (case non cochée)

Modifications des actifs

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

Type de bien: en blanc

Nouvelle valeur: en blanc

Date de début (J/M/A): En blanc

Autres changements

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

Section sur le changement de revenus de la famille

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

| Revenu brut | Membre de la famille (Bénéficiaire / Conjoint(e) / Pers. à charge) | Montant |
|--------------------------------|---|----------------|
| Pension alimentaire | En blanc | En blanc |
| Assurance-emploi | En blanc | En blanc |
| CSPAAT | En blanc | En blanc |
| APC/RRQ-Retraite | En blanc | En blanc |
| RPC/RRQ-Invalidité | En blanc | En blanc |
| RPC/RRQ-Survivant | En blanc | En blanc |
| SV/SRG | En blanc | En blanc |
| RRAG A | En blanc | En blanc |
| Revenu de chambreur | En blanc | En blanc |
| Revenu de pension | En blanc | En blanc |
| Revenu de location | En blanc | En blanc |
| Pension étrangère | En blanc | En blanc |
| Pension privée | En blanc | En blanc |
| Cadeaux / Gains fortuits | Bénéficiaire | 300 |
| Prêts | En blanc | En blanc |
| Fiducie / Héritage | En blanc | En blanc |
| Fonds distinct/Rentes viagères | En blanc | En blanc |
| Intérêts/Dividendes | En blanc | En blanc |
| Prestations d'assurance | En blanc | En blanc |
| Autre (préciser): | En blanc | En blanc |

Signature Section

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.

Signature (Bénéficiaire/Fiduciaire): Signé par John Doe

Date (J/M/A): 18/01/19

De plus...

- Suite à l'obtention de votre emploi, vous pourriez bénéficier d'une exemption de revenus
- Si vos revenus sont trop élevés et que vous ne qualifiez pas pour de l'aide financière, vous pourriez être admissible aux prestations de santé complémentaire



Témoignage

« Je suis monoparentale et j'ai commencé un travail à temps partiel. Le programme Ontario au travail déduit une partie de mes revenus ainsi que mes dépenses pour les frais de garde de mon enfant, ce qui m'a permis de maintenir mon emploi ainsi que certaines prestations du programme. »



RVI & MesPrestations

- **Systeme Réponse Vocale Interactif pour l'assistance sociale (RVI):** Un système téléphonique qui peut vous fournir des informations automatisées que vous obtiendriez normalement par votre gestionnaire de cas. À votre disposition 24 heures par jour, 7 jours sur 7.
- **MesPrestations:** Vous pouvez utiliser ce service en ligne pour signaler des changements ou obtenir des renseignements concernant votre dossier Ontario au travail.

Ces deux services vous permettent de déclarer vos revenus.

Contactez-nous! – Contact Us!



Prescott
Russell

ONTARIO AU TRAVAIL ONTARIO WORKS

Comtés unis de Prescott et Russell
United Counties of Prescott and Russell

Services sociaux-Siège social/Social Services-Head Office

59, rue Court St., C.P./P.O. Box 303

L'Orignal, ON K0B 1K0 - 613-675-4642 - 1 800-667-9825

LSS@prescott-russell.on.ca



www.prescott-russell.on.ca

2-860, rue Caron St.

C.P./P.O. Box 370

Rockland, ON K4K 1K5

613-446-2020 - 1 866-298-2228

RSS@prescott-russell.on.ca

Opportunités croissantes
Growing Opportunities

