



		Auteur de la demande		Coauteur de la demande		
Prénom						
Nom de famille						
Anciens noms						
Numéro d'assurance sociale						
Date de naissance						
Sexe		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
Adresse personnelle						
Adresse postale et courriel		<small>(Adresse postale si elle diffère de celle ci-dessus - c.-à-d. case postale ou adresse de routes rurales)</small>				
Téléphone			Cellulaire			
Est-ce qu'un membre de la famille vivant dans votre foyer fait partie d'une des communautés suivantes ?						
<input type="checkbox"/> Premières nations <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> S.O						
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuve / veuf						
Raison pour avoir besoin d'un service de garde						
Employé / Nom de l'employeur						
Tél. au travail						
Aux études / Établissement d'enseignement						
Raison d'ordre social ou thérapeutique						
Organisme orienteur						
Autre						
Enfants vivant avec vous (0 à 12 ans)						
Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Sexe	Besoin de services de garde?	Année d'études	École
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Renseignements supplémentaires						
L'un de vos enfants nécessitant des services de garde a-t-il des besoins particuliers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Si oui, de quel enfant s'agit-il?						
Votre enfant est-il déjà inscrit?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Vérification du revenu			
On ne tient pas compte des actifs ni des dépenses générales.			
Recevez-vous des prestations du programme Ontario au travail (OT)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Recevez-vous des prestations du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres sources de revenu		Type:	
Vous pouvez calculer le revenu annuel de votre ménage* au moyen de votre dernier avis de cotisation ou du rapport le plus récent de la Prestation fiscale canadienne pour enfants (joindre une copie au présent formulaire).			
Revenu total annuel*	Auteur de la demande (x)	Coauteur de la demande (y)	Total (x + y)
Avis de cotisation (ligne 236)			
Prestation fiscale canadienne pour enfants (ligne 236)			
* Si vous ou votre enfant avez un handicap, veuillez demander si certaines des dépenses liées à une incapacité permettent de réduire votre revenu annuel.			
<p>Tous les renseignements fournis au moyen de la présente demande sont exacts, au mieux de ma (« Je » s'applique à toutes les personnes signataires) connaissance et de ce que je tiens pour véridique. J'informerai immédiatement le Conseil des services du district de Manitoulin-Sudbury de tout changement à ma situation, par exemple mon état matrimonial ou ma situation d'emploi, mon inscription aux études ou à des activités de formation et/ou tout changement concernant mes circonstances qui me touchent. J'aviserai également tout de suite le Conseil des services du district de Manitoulin-Sudbury si mon revenu ou celui de mon conjoint / ma conjointe augmente ou diminue de 20 % durant l'année. J'autorise l'organisme à transmettre les renseignements indiqués sur le présent formulaire ou en pièce jointe dans ses bureaux, au programme Ontario au travail ou aux services de logement social, et ce, sans que je reçoive d'autre avis, s'ils sont nécessaires afin de prendre des décisions ou de vérifier mon admissibilité à l'aide aux termes de la Loi sur les garderies, de la Loi de 2011 sur les services de logement, de la Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail ou de la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.</p>			
Signature de l'auteur de la demande		Coauteur de la demande	
Date		Date	
Témoin		Témoin	
Date		Date	
S'il y a lieu, veuillez joindre des copies des documents suivants à votre demande.			
Renseignements sur la famille			
<input type="checkbox"/> Certificat de naissance de tous les enfants			
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance sociale des parents			
<input type="checkbox"/> Parents inscrits à des cours - Preuve de fréquentation scolaire ou d'inscription			
<input type="checkbox"/> Parents sur le marché du travail - Preuve d'emploi / bordereau de paie récent			
<input type="checkbox"/> Vérification des recommandations, lettres ou document expliquant une raison d'ordre social ou thérapeutique			
<input type="checkbox"/> Documents de garde, accord de séparation ou ordonnance du tribunal			
<input type="checkbox"/> Vérification de l'adresse			
Vérification du revenu			
<input type="checkbox"/> Avis de cotisation le plus récent			
<input type="checkbox"/> État des revenus de la Prestation fiscale canadienne pour enfants			
Veuillez faire parvenir les formulaires remplis et des copies des documents ci-dessus à l'adresse suivante:			
Fax : 705-862-7805 ou 1-866-397-3334			
Adresse postale : 210, boulevard Mead, Espanola, P5E 1R9			
Courriel : childcareapplications@msdsb.net			