



Our Kids Count

Nos Enfants Comptent

Nom: _____

Adresse: _____

Date de naissance(d/m/an) : _____

Téléphone: _____

Identification du member: _____

Revenu: OT POSPH Emploie
Soins Temporaires

Etat civil

Marié/Union libre Séparé/Divorcé Non-marié

Revenu imposable brut pour le demandeur (imposition jointe)
Enregistré

Revenu imposable brut pour le conjoint (imposition jointe)
Enregistré

Recevez-vous le supplément national d'avantage d'enfant?
Oui Non

Est-ce qu'un membre de la famille vivant dans votre foyer fait partie
d'une des communautés suivantes ?

Premières nations Inuit Métis N/A

Applicant pour:	Nom(s) de(s) l'enfant(s) (l'enfant doit être âgé moins que 18 ans pour qualifier)	Indiquez l'article étant demandé: Spécifiez l'activité ou l'article pour lequel vous appliquez	Coût	Vérification du coût ci-joint?
Récréation Activité liée à la santé Soin d'enfance non-officiel				
Récréation Activité liée à la santé Soin d'enfance non-officiel				
Récréation Activité liée à la santé Soin d'enfance non-officiel				
			Total Demandé	
			Impôts	
Pour l'usage du bureau seulement			Total Approuvé	

Je déclare que l'information ci-haute est correcte et complète:

Signature de l'applicant: _____ Date: _____

Des que le formulaire est signé et date, veuillez le retourner au bureau du CASSD de Manitoulin-Sudbury qui se trouve le plus proche:

210 Mead Blvd
Espanola ON
P5E 1K5
Att: Accueil

12 rue Brich
Chapleau ON
P0M 1K0
Att: Accueil

9050 Route 6
Little Current ON
P0P 1K0
Att: Accueil

39 rue Lafontaine
Warren ON
P0H 2N0
Att: Accueil

Avis à propos de la collection d'information personnelle

(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) (Loi municipale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) Cette information est collecté sous l'autorité légale de la Loi sur les garderies, R.S.O. 1980, c. 111, afin d'assurer une haute qualité de livraison de garderies d'enfants actionné dans le cadre du programme provincial au sujet des services de garde d'enfants en Ontario.

Pour l'usage du bureau seulement

Signature du Gestionnaire de Cas/Travailleur chargé de l'accueil: _____

Date: _____

Commentaires du Gestionnaire de Cas/Accueil: _____

Paiement adressé à: _____

Adresse du bénéficiaire (si différent): _____ Montant: _____

Approuvé par: _____ Date: _____

Commentaires du surveillant: _____