

Determination of Available Monthly Income
Détermination du revenu mensuel disponible
Form 4
Formule 4
Homemakers and Nurses Services Act
Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses
Applicant Information / Information de l'auteur de la demande

 Name of applicant (*first name, last name*) / Nom de l'auteur de la demande (*prénom, nom*)

Telephone/Téléphone

() -

Number, street name / Numéro et nom de la rue

City or Town/Ville

Postal Code/Code postal

Family Composition:
Composition de la famille :
Montant/Nombre
Montant/Nombre

Adults /Adultes

 Children 10 - 15 years
Enfants de 10 à 15 ans

 Children 0 - 9 years
Enfants de 0 à 9 ans

 Children 16 and over
Enfants d'au moins de 16 ans

Part 1 Monthly Income of Applicant and His or Her Dependents
Partie 1 Revenu mensuel de l'auteur de la demande et des personnes à sa charge

 1. Net Earnings (*Adults*) Less Exemptions (*Exemptions Not To Exceed 25%*) / Gains nets (*adultes*) moins exemptions (*jusqu'à concurrence de 25%*)

\$ _____ - _____ % _____ \$ _____

2. Boarder Revenue / Revenu de pensionnaires \$ _____ X 40% \$ _____

3. Renter Revenue / Revenu de locataires \$ _____ X 60% \$ _____

4. Pensions / Pensions \$ _____

5. Employment Insurance or Training Allowance / Assurance-emploi ou allocation de formation \$ _____

6. Separation or Maintenance Allowance / Allocation de séparation ou de subsistance \$ _____

7. Other (Specify) /Autre (préciser) _____

8. Lines 1 to 7 (see note) / Revenu total - Lignes 1 à 7 (voir remarque) \$ _____

Note: Exclude allowances received under section 3 of the *Children's Special Allowances Act* (Canada) and benefits provided under section 4 of the *Universal Child Care Benefit Act* (Canada).

Remarque : Exclure les allocations reçues en vertu de l'article 3 de la *Loi sur les allocations spéciales pour enfants* (Canada) et les prestations fournies en vertu de l'article 4 de la *Loi sur la prestation universelle pour la garde d'enfants* (Canada)

Part II Monthly Budgetary Items (Family)
Partie II Postes budgétaires mensuels (famille)

9. A monthly amount for basic needs being the monthly amount payable under Schedule C to Regulation 366 of Revised Regulations of Ontario, 1990 (General) made under the *Family Benefits Act.* / Montant mensuel pour les besoins essentiels équivalant au montant mensuel payable en vertu de l'annexe C du Règlement 366 des Règlements refondus de l'Ontario de 1990 (General) pris en application de la *Loi sur les prestations familiales* \$ _____
10. Fuel / Combustible _____
11. Special Diets / Régimes alimentaires spéciaux _____
12. Total of Items 9, 10 and 11 / Total des postes 9, 10 et 11 \$ _____
13. Add 20% of Item 12 for contingencies / Ajouter 20 % du poste 12 pour les imprévus \$ _____
14. Sub-total - Lines 12 and 13 / Total partiel - Lignes 12 et 13 \$ _____
15. Rent / Loyer _____
16. Mortgage Payments (*Principle and Interest*) / Paiements hypothécaires (*capital et intérêts*) _____
17. Property taxes / Impôts fonciers _____
18. Travel and transportation / Frais de déplacements et de transports _____
19. Drugs / Médicaments _____
20. Dental services / Services dentaires _____
21. Health Services (*Premiums or Actual Costs*) / Services de santé (*primes ou coûts réels*) _____
- Advanced Age Items (*\$55.00 per month for each individual over the age of 65 years*) /
 Postes pour personnes âgées (*55 \$ par mois pour chaque personne de plus de 65 ans*) _____
22. _____
23. Debt Payments, as approved by the Welfare administrator / Remboursements de dette, approuvés par l'administrateur de l'aide sociale _____
24. Other, as approved by the Welfare administrator / Autre, approuvé par l'administrateur de l'aide sociale _____
-
25. Total Monthly Budgetary Items - Lines 14 to 24 / Total des postes budgétaires mensuels - Lignes 14 à 24 \$ _____
26. Available Monthly Income - Line 8 minus Line 25 / Revenu mensuel disponible - Ligne 8 moins ligne 25 \$ _____

Part III Certification
Partie III Attestation

I certify that all of the above information provided by me is correct / J'atteste l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus.

Signature of applicant / Signature de l'auteur de la demande	Date (yyyy/mm/dd) Date (aaaa/mm/jj)	Signature of Welfare Administrator / Signature de l'administrateur de l'aide sociale	Date (yyyy/mm/dd) Date (aaaa/mm/jj)
---	--	---	--

Additional Comments / Remarques additionnelles