



DEMANDE D'EXONÉRATION DE LA CONTRIBUTION AU PLACEMENT D'ENFANTS

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX			
Nom		Téléphone	
Adresse n°			
Ville		Code postal	N° CSS

RENSEIGNEMENTS SUR LE PREMIER PARENT			
Nom (selon l'Acte de naissance dans le cas d'une femme)		Prénom	Né(e) le
Qualité	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	N° d'assurance sociale
Adresse n°	Rue	Municipalité	Code postal
Employeur		Téléphone	
Adresse n°	Rue	Municipalité	
État civil			
Marié(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>			

RENSEIGNEMENTS SUR LE SECOND PARENT			
Nom (selon l'Acte de naissance dans le cas d'une femme)		Prénom	Né(e) le
Qualité	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	N° d'assurance sociale
Adresse n°	Rue	Municipalité	Code postal
Employeur		Téléphone	
Adresse n°	Rue	Municipalité	
État civil			
Marié(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>
Veuf(ve) <input type="checkbox"/>			

RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS PLACÉS			
1	Nom	Prénom	Né(e) le
	Raison du placement		Centre d'accueil <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre spécifier _____
			Sexe
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Pour fins statistiques
2	Nom	Prénom	Né(e) le
	Raison du placement		Centre d'accueil <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre spécifier _____
			Sexe
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Pour fins statistiques
3	Nom	Prénom	Né(e) le
	Raison du placement		Centre d'accueil <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre spécifier _____
			Sexe
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Pour fins statistiques

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE NON PLACÉES						
	Nom	Prénom	Né(e) le	Lien de parenté	Occupation	Revenu
1						
2						
3						

REVENUS ANNUELS IMPOSABLES			DEDUCTIONS		
Sources	Premier parent	Second parent	Déductions	Premier parent	Second parent
1. Salaire avant déduction, assurance-salaire, commissions, pourboires, gratifications, autres revenus d'emploi			21. Contribution à un régime de retraite		
2. Pension de sécurité de la vieillesse et supplément			22. Déduction des frais de travail de 3% (max. 500\$)		
3. Prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada			23. Primes d'assurance-chômage		
4. Autres revenus de pension Spécifier _____			24. Primes versées (REEL, REER, REA)		
5. Prestations d'assurance-chômage			25. Cotisation syndicale		
6. Pension alimentaire reçue			26. Pension alimentaire versée		
7. Allocation de formation professionnelle			27. Frais de scolarité		
8. Revenu d'entreprise Spécifier _____			28. Frais de déménagement		
9. Intérêts et autres revenu			29. Autres déductions Spécifier _____		
10. Total des revenus imposables			30. Total		
11. Grand total des revenus imposables			31. Grand Total		
<b>REVENUS ANNUELS NON IMPOSABLES</b>			32. Revenu brut annuel (ligne 19 moins ligne 31).		
12. Allocations d'aide sociale			<b>EXEMPTIONS</b>		
13. Allocations familiales			33. Adulte(s)		
14. Prestations de la CSST			34. Enfant(s) 0-17 ans	_____ x _____ =	
15. Suppléments Spécifier _____			35. Enfant(s) 18 ans et plus	_____ x _____ =	
16. Autres revenus non imposables			36. Total des exemptions		
17. Total des revenus non imposables			37. Revenu de contribution (ligne 32 moins ligne 36)		
18. Grand total des revenus non imposables					
19. Grand total des revenus imposables et non imposables (lignes 11 et 18):					
20. Inscrire le numéro de dossier d'aide sociale, s'il y a lieu					

### DÉCLARATION SOLENNELLE

Je soussigné(e) déclare solennellement que les renseignements que j'ai fournis et qui figurent dans la présente demande sont exacts et que je n'ai caché ni omis aucun renseignement pertinent. Je fais cette déclaration solennelle, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment.

Je m'engage à informer sans délai le centre de services sociaux de toute modification qui pourrait survenir relativement à la situation décrite dans la présente demande.

J'autorise le centre de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux à enquêter auprès du ministère du Revenu du Québec, des autres ministères et de tierces personnes sur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande.

38. Signature du père ou de la mère	Date
39. Signature du technicien à la contribution	Date