

Name	Member I.D.
Name of business	Report for the month of

Before completing, see Business Income and Expenses Instruction Sheet.

	(total monthly amount)	Office use Only
Cash Receipts/Income from Business:		
sale of goods	\$ _____	_____
service income	_____	_____
commissions, fees	_____	_____
interest income	_____	_____
other business income	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Total Income	_____	_____

	(*less GST/HST paid)	
Cash Expenses from Business Operations		
* cost of goods purchased	_____	_____
* supplies and equipment	_____	_____
* repairs and maintenance	_____	_____
* accounting, bookkeeping, legal fees	_____	_____
* advertising, business cards	_____	_____
* licenses, fees	_____	_____
* delivery, freight, express costs	_____	_____
bank charges (other than NSF charges)	_____	_____
mandatory income tax instalments (current year)	_____	_____
approved business loan repayments	_____	_____
* vehicle expenses	_____	_____
approved reinvestment	_____	_____
* rent, mortgage, taxes (business only)	_____	_____
* heating	_____	_____
* water, hydro	_____	_____
* telephone	_____	_____
Business insurance	_____	_____
Other expenses (specify)	_____	_____
_____	_____	_____
Total Expenses	_____	_____

Were any of the above expenses paid for, using money received from a loan or from re-investment savings? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____	Net Business Income (Total receipts less Total Expenses) \$ _____
---	---

Child Care Expenses

Child Care	Expenses		Amount
	Ages 0 – 5	Ages 6 & over	
Subsidized	_____	_____	_____
Other Licensed	_____	_____	_____
Unlicensed	_____	_____	_____

Work Related Disability Expenses

Child care and disability expense receipts must be attached.

I declare the information given here to be accurate and complete.

Signature of Recipient/Participant _____ Date _____

Notice with Respect to the Collection of Personal Information
(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)
(Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act)

 This information is collected under the legal authority of the *Ontario Disability Support Program Act, 1997*, sections 5, 10, 45 & 46 or the *Ontario Works Act, 1997*, sections 7, 8, 15, 57 & 58 for the purpose of administering Government of Ontario social assistance programs. For more information contact

_____ at (_____) _____ in your local Ontario Works or ODSP office.

Office Use Only

Trans. Type	Today's date	Office I.D.	Caseload	Case Identification	Reference no.
<input type="checkbox"/>	D M Y	_____	_____	_____	_____
Effective Date of Change	M Y	3 0 4	Net Business Income	Child Care Expenses	Child Care Type
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nom	N° d'id. du membre
Nom de l'entreprise	Rapport pour (mois)

Avant de remplir la présente, lire la feuille d'instructions « Revenus et dépenses d'entreprise ».

	(montant mensuel total)	Réservé au bureau
Encaissements et revenus de l'entreprise :		
vente de produits	\$	
vente de services		
commissions, honoraires		
revenu en intérêts		
autre revenu d'entreprise		

Revenu total		

	(*moins la TPS/TVH)	
Charges dues au fonctionnement de l'entreprise		
* coût des produits achetés		
* fournitures et matériel		
* réparation et entretien		
* frais comptables et juridiques		
* publicité, cartes de visite		
* permis, droits d'adhésion		
* frais de livraison, de fret et de messagerie		
frais bancaires (autres que les frais dus aux cheques)		
acomptes provisionnels d'impôt sur le revenu		
remboursement de prêts commerciaux approuvés		
* dépenses pour l'utilisation d'un véhicule		
réinvestissement approuvé		
* location, hypothèque, impôts fonciers (entreprise)		
* chauffage		
* eau, électricité		
* téléphone		
assurance commerciale		
autres dépenses (préciser)		

Dépenses totales		

L'une des dépenses susmentionnées a-t-elle été payée avec de l'argent provenant d'un prêt ou d'économies en vue d'un réinvestissement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Préciser _____	Revenu d'entreprise net (total des encaissements moins total des dépenses) \$ _____
---	---

Garde d'enfants	Frais		Montant
	0 à 5 ans	6 ans et plus	
Garde subventionnée			
Autre garderie titulaire d'un permis			
Garde d'enfants non réglementée			

Dépenses liées à l'emploi et attribuables au handicap

Joindre les reçus de frais de garde et de dépenses liées à un handicap.

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente sont exacts et complets.

Signature de la cliente ou du client _____ Date _____

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

_____ au () _____ au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité.

Office Use Only

Trans. Type	Today's date	Office I.D.	Caseload	Case Identification	Reference no.
<input type="checkbox"/>	D M Y				
Effective Date of Change	M Y	3 0 4	Net Business Income	Child Care Expenses	Child Care Type
					Disability Expenses