



Autorisation de dépôt direct

Page 1 de 3

Veillez remplir ce formulaire, le signer et y joindre un chèque annulé (void) de votre banque, société de fiducie ou caisse populaire, puis l'envoyer ou l'emporter en personne à l'adresse suivante : Ontario au travail, 362, rue Montreal, Kingston (Ontario) K7K 3H5.

Souvenez-vous :

- 1) N'utilisez pas le chèque d'une autre personne.
- 2) Assurez-vous d'indiquer « Void » sur le chèque.
- 3) Votre compte bancaire doit être assorti d'une autorisation de retrait.

Renseignements sur le dépôt direct

- 1 Vos prestations sont déposées **après minuit** à la date d'échéance du paiement.
2. Un relevé de dépôt direct (avec renseignements sur la carte de paiement des médicaments, la déclaration du revenu et l'état des prestations d'aide) vous sera envoyé par la poste.
3. Si un tribunal a rendu une ordonnance ou un jugement, vos prestations pourraient, après avoir été déposées dans votre compte, être directement virées à un autre compte ou saisies en vue du remboursement de vos dettes personnelles. Si cette situation s'applique à vous, communiquez avec votre responsable de cas.
4. **Si le numéro de votre compte est modifié ou si vous changez de banque ou d'institution financière, veuillez en informer immédiatement votre responsable de cas. Ne fermez pas votre ancien compte avant de vous assurer que vos prestations sont déposées directement dans votre nouveau compte.**

Autorisation de dépôt direct

Nom : _____ N° d'identification du membre : _____

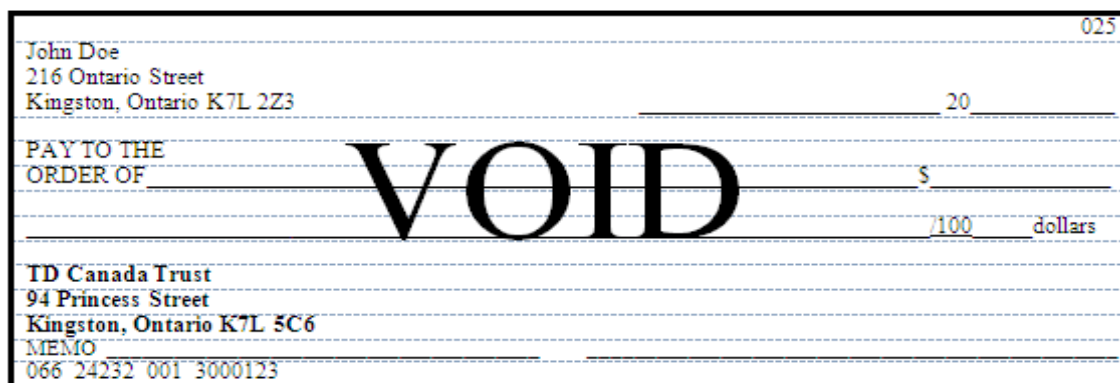
J'ai lu et je comprends les renseignements précédents. Je comprends en outre que cette autorisation autorise le programme Ontario au travail à communiquer mes coordonnées actuelles à mon institution financière.

J'autorise, par la présente, le dépôt direct de mes prestations dans le compte désigné.

Signature : _____ Date : _____

Date de naissance : _____ Responsable de cas : _____

Veillez joindre un chèque de votre institution financière portant la mention « void », comme dans l'exemple ci-dessous :



Si vous êtes titulaire d'un compte d'épargne ou d'un compte chèques pour lequel vous n'avez pas de chèques, demandez à votre banque (ou institution financière) de remplir la partie suivante.

Nom de la banque ou de l'institution : _____

Numéro de la succursale : _____

Adresse de la succursale : Rue : _____ Case postale : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Nom du client : _____

Emplacement du compte actif

Municipalité et province : _____

Numéro de transit : _____ Numéro d'institution : _____

Numéro de compte : _____

(Veuillez fournir tous les chiffres du numéro de succursale, d'institution et de compte.)

Représentant de l'institution (en lettres moulées) : _____

Représentant de l'institution (signature) : _____

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 renseignements sont recueillis dans ce formulaire en vertu de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*, articles 7, 8, 57 et 58, ou de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, articles 5, 10, 45 et 46, aux fins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario.