



DLG666666666

▷LCn▷▷Jc ▷J°◁▷P0%fc

**TOUT(E) EMPLOYÉ(E) ÉLIGIBLE AUX DISPARITÉS RÉGIONALES DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE
ANNUELLEMENT MÊME S'IL N'A PAS DE PERSONNE(S) À SA CHARGE.**

Il incombe à l'employé(e) de remplir une nouvelle déclaration s'il y a lieu d'apporter une modification et ce **dans les 30 jours de tout changement**.

Une modification à la baisse sera effectuée de façon rétroactive à la date du changement. Toutefois, une modification à la hausse ne sera considérée qu'à compter de la réception de la nouvelle Déclaration par le Service des Ressources humaines avec un effet rétroactif de 30 jours au plus.

Admissibilité des personnes à charge

Admissibilité des personnes à charge
Le conjoint de fait n'est admis comme personne à charge que si le couple vit maritalement depuis au moins un (1) an ou si le couple vit maritalement et sont les père et mère d'un même enfant. Lors de votre première déclaration à cet effet, vous devrez remplir l'Annexe A ci-après et la faire signer par un commissaire à l'assermentation (avocat, maire de la communauté, etc.).

L'adoption traditionnelle devra être reconnue par les autorités compétentes et un document à cet effet devra être fourni (lettre du maire, etc.).

L'enfant doit dépendre du soutien financier de l'employé pour être considéré comme personne à charge. Par exemple, un enfant aux études qui bénéficie d'un financement pour frais de subsistance d'une autre source pourrait, selon le cas, ne pas être éligible. Veuillez consulter le Service des Ressources humaines pour tout renseignement additionnel.

THIS FORM MUST BE FILLED OUT ONCE A YEAR BY ALL EMPLOYEES WHO ARE ELIGIBLE TO RECEIVE REGIONAL DISPARITIES EVEN IF THEY HAVE NO DEPENDANT(S).

Whenever a change occurs, the employee must submit a new Declaration **within thirty (30) days** of the change.

A decrease in benefits will be effective retroactively to the date of the change. However, an increase will only be considered from the date of the receipt of the Declaration by the Human Resources Services with a maximum retroactive effect of thirty (30) days.

Eligibility of the dependents

A common law spouse is only recognized as a dependant if the couple is living in a conjugal relationship for at least one (1) year or if the couple is living in a conjugal relationship and are the father and mother of the same child. *At the time of your first declaration to this effect, you must complete Annex A and have it signed by a Commissioner of oaths (lawyer, mayor of the community, etc.)*

A traditional adoption has to be recognized by the appropriate authority and supporting documents must be provided (letter from the mayor, etc.).

A child must depend on the financial support of the employee to be considered as a dependent. For instance, a child who is studying and who is subsidized through another source for living costs, might not be eligible depending on the case. For further information, please contact Human Resources.

PERSONES À CHARGE ADMISSIBLES AUX FINS DES BÉNÉFICES NORDIQUES

Sous certaines réserves, les personnes à charge suivantes sont reconnues aux fins des bénéfices nordiques:

- ◆ votre conjoint(e) (légal(e) ou de fait);
- ◆ vos enfants ou les enfants de votre conjoint(e);
- ◆ les enfants pour lesquels vous avez entrepris des procédures d'adoption;
- ◆ un autre parent tel que reconnu par la Loi de l'impôt comme personne à charge

Admissibilité

Pour être admissible aux bénéfices nordiques, une personne à charge doit remplir les conditions suivantes:

1. La personne à charge doit habiter en permanence avec vous au lieu d'affectation. La **seule exception** à cette règle est l'enfant qui fréquente une école primaire ou secondaire ailleurs parce que son programme d'études n'est pas offert dans la communauté où vous êtes affecté (les études post secondaires sont exclues).
2. Vous devez être dans les faits responsables de la subsistance de la personne à charge. La **seule exception** à cette règle est votre conjoint(e) qui peut occuper un emploi rémunéré et être admis(e) comme personne à charge.
3. **Le(la) conjoint(e) de fait** n'est admis(e) comme personne à charge que si le couple vit maritalement depuis au moins un (1) an ou si le couple vit maritalement et sont les père et mère d'un même enfant. Vous devrez fournir un affidavit à cet effet.

RECOGNIZED DEPENDENTS FOR THE PURPOSE OF NORTHERN BENEFITS

Subject to certain conditions, the following dependents are recognized for the purpose of northern benefits:

- ◆ Your spouse (by marriage or common law);
- ◆ Your children or your spouse's children;
- ◆ Children for whom adoption procedures have begun;
- ◆ Another relative as recognized by the Income tax law (a proof has to be provided).

Eligibility

To be eligible for northern benefits, a dependent must meet the following conditions:

1. The dependent must permanently reside with the employee in the place of assignment. The **only exception** to this rule is the dependent child who attends primary or high school elsewhere because his level of secondary schooling program is not available in the place of assignment. (Postsecondary studies excluded).
2. The dependent must actually depend on you for support. The only exception to this rule is your spouse who may be gainfully employed and still be considered a dependent for the purpose of northern benefits.
3. The common law spouse is only recognized as a dependent if the couple is living in a conjugal relationship for at least one (1) year or if the couple is living in a conjugal relationship and are the father and mother of the same child. An affidavit must be provided.



DLG6-0-9206
DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE
DECLARATION OF DEPENDENTS

Nome de l'employé(e) à la naissance Employee's family name at birth	
Prénom de l'employé(e) Employee's first name	
Nom usuel de l'employé(e), si différent Employee's usual name, if different	
Numéro d'assurance sociale Social insurance number	
Date de naissance / Date of birth	
Village / Community	
Poste occupé / Position	<input checked="" type="checkbox"/> Enseignant / Teacher <input type="checkbox"/> Autre / Other _____

Adresse permanente Permanent address	Téléphone / Telephone
	Permanent telephone outside Nunavik, if any
Réserve aux Ressources humaines Reserved to Human Resources	
Point de départ / Point of origin :	

1. Ægdi a-c-e-s e-g-a-c ? Quel est votre état matrimonial? What is your marital status?	Identification du conjoint ou de la conjointe Spouse's identification
<input type="checkbox"/> Marié(e) / Married <small>Certificat de mariage requis Marriage certificate required</small>	<input type="checkbox"/> Nom à la naissance / Full name at birth: _____
<input type="checkbox"/> Célibataire / Single	
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait* Common Law Spouse*	<input type="checkbox"/> N.A.S. / S.I.N. : _____
<input type="checkbox"/> Depuis quand / Since when: * CCN4R466C0C Δεμ406 4-Γ-ΓΓ6 rγc-ΓΓ 4-Γ-ΓΓ6C06 σ CLCjia	<input type="checkbox"/> Date de naissance.: / D.O.B. : _____
<p>* Vous devez remplir l'Annexe A, lors de votre première déclaration à cet effet</p> <p>* You have to complete Annex A at the time of your first declaration to this effect</p>	
<p>DLG6: /Conjoint(e) à ma charge : Spouse is my dependent : oui/ yes <input type="checkbox"/> non/ no <input type="checkbox"/> 4-Γ-ΓΓ6C06, 4-Γ-ΓΓ6C06 σ CLCjia 2-Γ <u>Si oui, inscrire son nom dans la section 2 / If yes, write her/his name in section 2</u></p>	

2. ՚ԸԼՈՒՏԵՐԱԿՆԵՐ 40%ՐԸ ԼՅԱՌՈՎՆԵՐ ԱԾԱՌԱՎՈՐՆԵՐ 40%ԸՆԴՀԱՆՈՒՐՆԵՐ (ՎՐԱՆ 40%Ն 40%ԸՆԴՀԱՆՈՒՐՆԵՐ ՈՉԸՆԴՀԱՆՈՐՆԵՐ ԱԾԱՌԱՎՈՐՆԵՐ)***.

Liste des personnes à charge qui résident avec vous sous votre toit** (incluant le (la) conjoint(e) s'il y a lieu).
List of dependents residing with you under the same roof** (including spouse if applicable).

**ENFANT(S) À CHARGE DEVANT POURSUIVRE DES ÉTUDES AU SUD / DEPENDENT CHILD(REN)
PURSUING STUDIES IN THE SOUTH**

non/ no oui/ yes COMPLÉTER ANNEXE B / COMPLETE ANNEX B

▷◀vc b∩A^b Δc^aσΔσcσcσ^a▷c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c ▷σcσcσcσcσc◁c

Votre conjoint(e) est-il (elle) employé(e) par la commission scolaire Kativik ou par un autre organisme ou employeur au Nunavik?

Is your spouse employed by Kativik School Board or by another organization or employer in Nunavik?

oui / yes _____
ORGANISATION / nom de l'organisme / Name of organization

Si oui, vous devez compléter le formulaire « Déclaration de l'employeur d'un conjoint-Annexe C» disponible aux Ressources Humaines.

If yes, you must complete the form called "Declaration of the employer of a spouse-Annex C" available at Human resources Services.

ANSWER

J'atteste que les renseignements donnés sont véridiques et je m'engage à aviser la Commission scolaire de tout changement **dans un délai de trente (30) jours de calendrier**.

I declare that the information given above is correct and undertake to advise the school board of any subsequent changes **within thirty (30) calendar days** of the event

ԱՐԴՅՈՒՆ ԳՈՅՆԱԿՑԵԼ
Signature de l'employé(e) / Employee's signature

▷ ↵ ⌂ / Date



A / ANNEXE A / ANNEX A

ຮັດສະນຸມັນ / ລົມມັດຍຸລືມ ດ້ວຍ
Affidavit - Conjoint de fait /Affidavit - Common law spouse

ຈຳເປັນ ຮັດສະນຸມັນ ໄດ້ມີລາຍການ ດີເລີດນີ້ ໂດຍບໍ່ໄດ້ ຕົກລົງຢູ່ ຖະໜານ ດັບຕາມກົດໝາຍ ພັດທະນາລົງ
ດັບຕາມກົດໝາຍ ສົກລັບ ແລ້ວມີການປັບປຸງກົດໝາຍ.

Cet affidavit doit être complété devant un Commissaire à l'assermentation et n'a pas à être soumis de nouveau à moins que la situation familiale ne change.

This affidavit has to be done before a Commissioner of Oaths and does not have to be re-submitted unless the family situation changes.

ໂດຍ, _____, ຮັດສະນຸມັນ _____
(ຊື່ອັນດີ ອານຸຍາ)

ດັບຕາມກົດໝາຍ ດ້ວຍ ລົມມັດຍຸລືມ ເພື່ອ ລົມມັດຍຸລືມ ດັບຕາມກົດໝາຍ
ລົມມັດຍຸລືມ.

ຮັດສະນຸມັນ ພັດທະນາລົງ ຮັດສະນຸມັນ ດັບຕາມກົດໝາຍ.

ຊື່ອັນດີ ອານຸຍາ, _____ ປີ _____ 20_____

_____ ອານຸຍາ

Je, _____, déclare que _____
(nom de l'employé (e)) (nom du ou de la conjoint (e))

vivons en union de fait et que nous répondons à toutes les conditions nécessaires à la reconnaissance de ce statut telles que décrites ci-haut.

Je déclare que cette information est exacte et vérifique :

Signature de l'employé (e)

Affirmé solennellement devant moi, à _____ ce _____ 20_____

Nom du Commissaire à l'assermentation

Signature

Poste ou titre de l'emploi

I, _____ declare that _____
(name of the employee) (name of the common law spouse)

are living in a common law relationship and that we meet all the conditions necessary to the recognition of this status as described above.

I certify that the above-mentioned information is true and accurate.

Signature of the employee

Sworn before me in, _____ this _____ 20_____

Name of the Commissioner of oath

Signature

Position or title