ᐆᒪᑕᖅᓂᕋᕈᑎᒃ
DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE
DECLARATION OF DEPENDENTS

ᑖᓐᓇ ᑕᑦᓴᑕᐅᒋᐊᓕᒃ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑕᐅᓯᕕᑦᑕᐅᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᓄᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᑖᕐᑕᑐᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖓᓂᒥᐅᖕᒍᒍᑎᑖᕐᑕᕈᑎᓂᒃ ᐆᒪᑕᖅᖅᒋᒃᓗᐊᕈᑎᒃ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᒃ ᑐᓂᔨᒍᓐᓇᓯᐊᕐᑐᖅ ᓄᑖᒥᒃ ᑕᑦᓴᒐᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᕕᒻᒧᑦ ᑐᔭᐅᔪᒥᒃ "ᐋᕐᕿᒋᐊᓇᒍᑏᑦ ᐆᒪᑕᖅᓂᕋᕈᑎᓂᒃ", ᐃᓚᒌᓐᓂᖓ ᐊᓯᑦᔨᓯᒪᓂᖅᑲᑐᐊᕐᐸᑦ. ᑐᓂᔨᓯᒪᒌᓇᐊᓕᒃ ᐅᓪᓗᐃᑦ (30) ᓈᓚᐅᕐᑎᓇᒋᑦ ᐊᓯᑦᔨᑐᐃᒍᑎᐅᔪᓕᒫᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᑮᓇᐅᑦᔭᓵᖅᒋᑦ ᐃᑭᓪᓕᐅᒥᑎᑕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᐃᓚᒥᓂᒃ ᐆᒪᑕᖅᓚᖅᒐᖅᒋᑐᐊᕈᓂ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᑭᓪᓕᒋᐊᕐᑕᐅᓗᑎᒃ ᐃᓚᒌᓐᓂᖅᒐᑕ ᐊᓯᑦᔨᓂᕕᓂᖅᒐᓂᑦ ᐱᒋᐊᕐᕕᖅᑎᓗᒍ. ᑭᓯᐊᓂᓕ ᐅᓄᕐᓯᒋᐊᕐᓂᖅ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒍᓐᓇᑐᖅ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᕕᒻᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒃ ᐃᓚᖅᓂᒥᓂᒃ ᐊᓪᓚᑐᐊᕐᐸᑦ ᑕᑦᓴᒐᒥ ᐅᔭᐅᔪᒥ "ᐋᕐᕿᒋᐊᓇᒍᑏᑦ ᐆᒪᑕᖅᓂᕋᕈᑎᓂᒃ" ᑕᑦᓴᒐᕐᒥᒃ ᐊᓪᓚᕕᖅᓯᒪᒋᐊᓕᒃ ᐅᓪᓗᐃᑦ (30) ᓈᓚᐅᕐᑎᓇᒋᑦ ᐅᓄᕐᓂᐸᐅᑎᓪᓗᒋᑦ ᐅᓪᓗᐃᑦ ᐊᑦᑎᓪᓗ ᕐᑯᓪᓗ ᐅᑎᕐᑕᐅᒍᓐᓇᕋᔭᕐᓗᓂ.

ᐆᒪᑕᓇᔭᐅᔪᑦ ᐱᒍᓐᓇᕈᑎᖅᒋᑦ
ᑲᑎᑎᑕᐅᖅᑲᑎᒋᓯᒪᓇᒍ ᐁᐸᖅᓂᕋᓂᖅ ᐊᑑᑎᔭᐅᒍᓐᓇᐳᖅ ᐊᕐᓇᓗ ᐊᖑᒍᑎᓗ ᐁᐸᓇᖑᓂᕋᕐᐸᓂᒃ ᐊᓂᕋᒥᐅᖅᑲᑎᑖᖑᓂᕋᕐᓗᑎᓪᓗ ᐊᕐᕌᒍᓪᓕᒥ ᐅᑦᑭᓐᓗᓐᓂᑦ ᑲᑎᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑎᑐᑦ ᐁᐸᓇᕐᔭᐅᑦᓯᓂ ᐊᓈᓇᒋᔭᐅᑦᓯᓂᓗ ᑖᑦᓯᒍᖅᒐᑦᓴᓇᖅ ᐱᐊᕋᕐᒧᑦ. ᑕᒪᑐᒥᖅᒐ ᓯᓂᓂᔪᒍᑎᓂᒃ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓕᐅᓇᐊᖅᖅᒐᓂᓂ ᑕᑦᓴᒋᐊᖅᑲᕐᑐᑎᑦ ᐃᓚᒋᐊᕈᑎ ᐊ-ᒥᑦᑐᒥᒃ ᐊᑖᓂ ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᑎᓗᒍᓗ ᐅᖅᒪᓇᑦᑎᓯᒍᓐᓇᑐᒧᑦ (ᐱᕐᑯᔭᓕᓇᔨᒧᑦ, ᓄᓇᓕᐅᑉ ᓯᕗᓕᕐᑎᖅᒐᓄᑦ, ᐊᓯᖅᒐᓄᑦ)

ᑎᒍᐊᕐᓂᖅ ᐃᓗᕐᕐᑯᓯᕐᑎᒍᑦ ᐃᓕᑕᓇᔭᐅᓂᖅᑲᓇᐊᖅᑲᕐᑐᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓐᓇᐅᑎᓕᓐᓄᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᑕᖅᑭᓪᓗ ᐃᓚᒋᔭᐅᓗᑎᒃ (ᓄᓇᓕᐅᑉ ᓯᕗᓕᕐᑎᖅᒐᑕ ᐊᓪᓚᑕᕕᓂᖅᒐ, ᐊᓯᖅᑭᓪᓗ).

ᐱᐊᕋᓇᔭᐅᔪᖅ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐆᒪᑕᓇᔭᐅᒋᐊᖅᑲᕐᐳᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᒧᑦ ᐆᒪᑕᓇᔭᐅᓂᕋᕐᑕᐅᓂᐊᑐᕈᓂ. ᐅᑦᑑᑎᒋᓗᒍ ᐱᐊᕋᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᖅ ᐊᖅᒐᔪᕐᑲᒥᑕ ᐊᓯᖅᑭᓐᓄᑦ ᐃᓈᒐᓯᐊᕈᑎᖅᑭᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᐆᒪᑕᓇᔭᐅᓂᕋᕐᑕᐅᒍᓐᓇᖅᑭᑦᑐᖅ. ᑐᑭᓯᒋᐊᓪᓚᒍᒪᒍᑦᓯ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᕕᒻᒧᑦ ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᓐᓇᑐᓯ.

TOUT(E) EMPLOYÉ(E) ÉLIGIBLE AUX DISPARITÉS RÉGIONALES <u>DOIT</u> 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.

<u>Admissibilité des personnes à charge</u>
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 <u>MUST</u> 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.

<u>Eligibility of the dependents</u>
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.

ᐆᒪᑕᖅᑲᓂᕐᓯᑎᒃ
DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE
DECLARATION OF DEPENDENTS

ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᖓ ᐃᓄᓕᕐᓱᓂ Nom de l'employé(e) à la naissance Employee's family name at birth	
ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᖓ ᓯᕗᓪᓕᖅ Prénom de l'employé(e) Employee's first name	
ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᖅ ᐊᑐᓲᖓ, ᐊᑦᔨᒋᔭᐅᖕᖕᒋᐸᑦ Nom usuel de l'employé(e), si différent Employee's usual name, if different	
ᐱᓇᓱᒍᓐᓇᐅᑎᐅᑉ ᑭᓯᑦᓯᒍᑎᖓ Numéro d'assurance sociale Social insurance number	
ᐃᓄᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᓪᓗᖓ Date de naissance / Date of birth	
ᓄᓇᓕᖓ / Village / Community	
ᐱᓇᓱᒐᖓ/ Poste occupé / Position	ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔅ / Enseignant / Teacher ☐ ᐊᓯᖓ / Autre / Other ☐ _____

ᑐᕌᑭᑎᖓ Adresse permanente Permanent address	ᐅᕐᑲᓚᐅᑎᖓ Téléphone /Telephone
	ᐅᐱᕐᖓᖕᒍᓕᕐᒪᑦ/ᐊᐅᔭᐅᓕᕐᒪᑦ ᐅᕐᑲᓚᐅᑎᖓ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂ Téléphone permanent hors Nunavik, le cas échéant Permanent telephone outside Nunavik, if any

ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᕕᐅᑉ ᑭᓯᐊᓂ ᐊᓪᓚᕕᒋᒍᓐᓇᑕᖓ
Réservé aux Ressources humaines
Reserved to Human Resources

ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᓄᓇᓕᑦᓴᔭᖓ/ Point de départ / Point of origin : _____

ᐱᓇᓱᑦᑎ / / EMPLOYÉ(E) / EMPLOYEE **ᐅᑉᐸᖓ / CONJOINT(E) / SPOUSE**

1. ᐅᑯᐊ ᓇᓪᓕᐊᓂ ᐊᑐᕐᐱᑦ ? **Quel est votre état matrimonial?** **What is your marital status?**	ᐅᑉᐸᖓᑕ ᑭᓇᐅᓂᖓ **Identification du conjoint ou de la conjointe Spouse's identification**
ᑲᑎᑎᑕᐅᒪᔪᖓ / Marié(e) / Married ☐ ᑲᑎᑎᑕᐅᒪᓂᖅᓄᒍᑎᓂᒃ ᓯᑯᑦᓴᔭᖅᑲᓇᐊᖅᑐᑎᑦ Certificat de mariage requis Marriage certificate required ᐅᑉᐸᖅᑲᖕᒋᑐᖓ / Célibataire / Single ☐	ᐃᓄᓕᕐᓱᓂ ᐊᑎᖓ / Nom à la naissance / Full name at birth: _____
ᑲᑎᑎᑕᐅᓯᒪᓇᖓ ᐅᑉᐸᖅᑐᖓ* Conjoint(e) de fait* Common Law Spouse* ☐ ᖃᖓᓂᑦ / Depuis quand / Since when: _____ * ᑕᑕᕐᓴᒋᐊᖅᑐᑎᑦ ᐃᓚᒋᐊᑎᒃ ᐊ-ᒦᑦᑐᒥᒃ ᓯᕗᓪᓕᕝᒋ ᐊᓪᓚᒍᕐᑎᑕᑎᓐᓂ ᑕᒪᑐᒍᓇ * **Vous devez remplir l'Annexe A, lors de votre première déclaration à cet effet** * **You have to complete Annex A at the time of your first declaration to this effect**	ᐱᓇᓱᒍᓐᓇᐅᑎᖓᑕ ᑭᓯᑦᓯᒍᑎᖓ /N.A.S. / S.I.N. : _____ ᐃᓄᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᓪᓗᖓ /Date de naissance.: / D.O.B. : _____ ᐅᑉᐸᕐ ᐆᒪᑕᕐ: /Conjoint(e) à ma charge : Spouse is my dependent **:** **ᑯᐊ/ oui/ yes** ☐ **ᐊᐅᑲ/ non/ no** ☐ ᐊᖏᑐᐊᑭᕕᑦ, ᐊᑎᖓ ᐊᓪᓚᓗᒍ ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓᓂ 2-ᒥ **Si oui, inscrire son nom dans la section 2 / If yes, write her/his name in section 2**

2. ᐆᒪᑎᒐᓯᐊᕐᑕᒪ ᐊᑎᖕᒋᑦ ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓪᓗᒥᐅᖅᑎᒋᑦᓱᒋᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᔭᒃᑲ (ᐁᑉᐸᒪ ᐊᑎᖓ ᐊᓪᓚᓯᒪᒻᒥᔭᕐ ᑎᑕᐅᒪᒍᑎᑦᑎᒍᑦ ᐃᓕᑕᓇᔭᐅᓂᖅᑲᕐᓐᓄᒃ)**.

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).

	ᐊᑎᖓ ᐊᑎᓕᕐᕿᖓᓗ Nom et prénom Last and first names	ᑲᒃᑲᓛᑦ ᓯᑯᑦᓴᔭᕐᑲᓇᐊᓛᑦ ᓇᓗᓐᒃᑯᑕᓂᒃ ᐃᓅᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᓪᓗᖓᓂᒃ Certificat de naissance des enfants requis Children's birth certificate required		ᐃᓛᓗᒍ ajouter add	ᐋᕐᓗᒍ Supprimer delete	ᐅᓪᓗᖓ ᐊᑐᓯᒋᐊᕐᕕᖓᑕ Date Effective Date (AA /M / J) (YY/ M/ D)
		ᑭᓇᒋᔭᐅᓂᖅᓴᒐ **Lien de parenté** **Relationship**	ᐃᓅᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᓪᓗᖓ **Date de naissance (aa/mm/jr)** **Date of birth (yy/mm/dd)**			
1				☐	☐	
2				☐	☐	
3				☐	☐	
4				☐	☐	
5				☐	☐	
6				☐	☐	
7				☐	☐	

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

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

ᐁᑉᐯᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᔭᐅᕙ ᐊᓯᐊᓄᓪᓘᓃᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᑐᒧᑦ ᐱᓇᓱᕝᕕᐅᔪᒧᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᔭᐅᕙ ᐱᓇᓱᐊᕐᐸᓐᓃᑦ ?

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?

ᐊᐅᑲ / non / no ☐ ᐋ / oui / yes ☐ _____

ᑎᒥᐅᑉ ᐊᓯᕋᕐᑕᐅᒍᓯᖓ/ 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.

ᐊᐱᓇᐅᑎᒥᒃ ᐊᖏᕈᕕᑦ ᑕᑕᕐᓴᒐᖅ ᑐᔭᐅᔪᖅ "ᐃᓚᒋᐊᕈᑎ ᐆᒪᑎᒐᓯᐊᕐᑕᕐᑲᕐᓂᕐᓂᒧᑦ - ᐃᓚᒋᐊᕈᑎ C-ᒥᒃ" ᑕᑕᕐᓴᒋᐊᕐᑲᕐᑐᑎᑦ ᐱᓗᒍ ᐱᓇᓱᑦᑐᓕᓇᕕᒻᒥ.

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

ᓱᓕᔪᓂᒃ ᐊᓪᓚᐳᖓ ᑖᒃᑯᓇᓂ ᐊᓪᓚᓯᒪᕕᒋᒋᐊᓕᒃᑲᓂ. ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᕐᑲᐅᔾᑎᑦᓱᕐᑲᑦᑕᓛᕐᑐᖓ ᐆᒪᑎᑦᓱᒐᓯᐊᕐᓂᓇᔭᕐ ᐃᓚᒃᑲᓂ ᐊᓯᑦᔨᓯᒪᓂᕐᑲᑐᐊᕐᐸᑦ **ᐅᓪᓗᐃᑦ ᐊᕙᑎᓪᓗ ᕐᑯᓕᓪᓗ (30) ᐃᓗᐊᒍᑦ**

_____ _____

ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᓕᐅᕐᕕᖓ ᐅᓪᓗᖓ/ Date

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

ᐃᓚᒋᐊᕈᑎᒃ A / ANNEXE A / ANNEX A

ᓱᓕᓂᖅᓴᒍᑎᒃ / ᑲᑎᑎᑕᐅᓯᒪᒪᑎᒃ ᐁᑉᐸᓗᒃ
Affidavit - Conjoint de fait /Affidavit - Common law spouse

ᑖᓐᓇ ᓱᓕᓂᖅᓴᒍᑎᒃ ᐊᑑᑎᔭᐅᒋᐊᓕᒃ ᐅᖃᒪᓇᑦᑎᓯᒍᓐᓇᑑᑉ ᓯᕗᕐᓂ ᑐᓂᔭᐅᒋᐊᓪᓚᒋᐊᖃᕋᔭᖅᖅᒋᑐᖅ ᑭᖅᒍᓂᖅᒪᒍᑦ ᐃᓚᒌᓐᓂᒥᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐊᓯᑦᔨᓯᒪᖅᖅᒋᑐᐊᕐᐸᑦ.
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.

ᐅᑭᖅᒪ, _____ ,ᓱᓕᓂᖅᓴᖅᒪ_____
(ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᖅᒪ) (ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐁᑉᐸᖅᒪ ᑲᑎᑎᑕᐅᓯᒪᕐᑲᑎᒋᓇᒍ)

ᐃᓪᓗᒥᐅᕐᑲᑎᒋᒪᒃᑯᑦ ᐁᑉᐸᓇᑦᓯᒍ ᑲᑎᑎᑕᐅᓯᒪᕐᑲᑎᒋᓇᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᓕᒐᐅᒋᐊᓕᓕᒫᓂᒃ ᕐᑯᓛᓂ ᓇᓗᓐᕐᑕᐅᒍᑎᐅᔪᒍᑦ ᐱᑕᕐᑲᕐᓂᕋᕐᐳᖅᒪ.

ᓱᓕᓂᖅᓴᖅᒪ ᕐᑯᓛᓂ ᐅᕐᑲᕐᑕᐅᔪᓂᒃ ᓱᓕᓪᓚᓇᑦᑑᓂᕋᕐᓱᒋᑦ ᓈᒻᒪᓈᕐᑑᓂᕋᕐᓱᒋᑦ.

_____
ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑉ ᐊᑎᓕᐅᕐᐃᖅᒪ

ᐅᕐᑲᒪᓇᒍᑎᐅᔪᖅ ᓵᒐᓂ ᐅᑭᓂ, _____ᐅᓪᓗᖅᒪ _____ 20_____

_____ _____
ᐊᑎᓕᐅᕐᑎᓯᒍᓐᓇᑑᑉ ᐅᕐᑲᒪᓇᒍᓐᓇᑑᑉ ᐊᑎᖅᒪ ᐊᑎᓕᐅᕐᐃᒃ

_____
ᐱᓇᓱᒪᖅ

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 véridique :

_____
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 describe 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