Consumer and Worker Protection

FONDS FIDUCIAIRE DE L'ENTREPRENEUR POUR L'AMÉLIORATION DU DOMICILE FORMULAIRE DE DEMANDE COMPLÉMENTAIRE

À compter du 18 juillet 2025, le montant maximal de remboursement des demandes approuvées dans le cadre du Fonds fiduciaire de l'entrepreneur pour l'amélioration du domicile est fixé à **20 000 $**, soit une augmentation de 10 000 $.

Utilisez ce formulaire pour demander un remboursement complémentaire si vous avez précédemment fait une demande et qui a été approuvée pour un montant de 10 000 $.

Veuillez remplir le présent formulaire, le faire authentifier par un notaire et soumettre tout document relatif à des coûts remboursables complémentaires par rapport à la demande de remboursement initiale approuvée.

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR OU LA DEMANDEUSE

Nom	Suffixe *(Fils, Père, Me)* (Facultatif)	Prénom	Deuxième prénom (Facultatif)
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) ☐☐☐☐-☐☐-☐☐			
Adresse du domicile *(numéro, rue, appartement/suite/autre)*			
Ville	État	Code postal	Pays/région *(en dehors des États-Unis)*
Téléphone 1 (principal) ( )		Téléphone 2 (autre) ( )	
Adresse électronique (En fournissant votre adresse électronique, vous acceptez de recevoir des communications électroniques du DCWP et vous affirmez que l'adresse électronique indiquée est un moyen de communication fiable pour vous.)			

INFORMATION SUR LA DEMANDE COMPLÉMENTAIRE

Montant de la demande initiale approuvée :	$
Montant de la demande complémentaire : *(Montant s'ajoutant au montant de la demande préalablement approuvée)*	$
Montant total : *(La somme de la demande initiale et de la demande complémentaire ne peut pas dépasser 20 000 $)*	$

Consumer and Worker Protection

DÉTAIL DES DEMANDES INITIALES ET COMPLÉMENTAIRES

Énumérez toutes les factures/estimations accompagnant vos demandes initiales et complémentaires.

Nom de l'entreprise	Facture/Date Estimative	Facture/Coût Estimatif	Avec demande initiale ?	
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
		$	☐ Oui	☐ Non
Montant total : *(le montant doit correspondre à celui indiqué dans la section précédente)*		**$**		

Consumer and Worker Protection

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

Si vous souhaitez fournir plus d’informations pour étayer votre demande complémentaire, faites-le dans l’espace ci-dessous.

Consumer and Worker Protection

DÉCLARATION – Veuillez lire et signer ci-dessous.

Je suis autorisé(e) à remplir et à soumettre ce formulaire de demande complémentaire, ainsi que toutes ses pièces jointes (dénommés la « demande complémentaire »). J'ai relu l'ensemble de la demande complémentaire. J'affirme que le contenu de cette demande est véridique, correct et complet.

En cas de modification des informations figurant dans cette demande complémentaire, j'en informerai le Département de la protection des consommateurs et des travailleurs.

Je comprends que le Département de la protection des consommateurs et des travailleurs n'a pas encore examiné cette demande complémentaire.

Cette déclaration sera considérée comme exécutée dans la ville et dans l'État de New York et sera régie et interprétée conformément aux lois de l'État de New York (nonobstant le choix du droit applicable de New York ou les principes de conflit de lois) et aux lois des États-Unis.

J'affirme que ces déclarations sont véridiques et correctes.

_____
Nom complet en caractères d'imprimerie

_____ _____
Signature du demandeur/de la demandeuse Date

État de _____)

) lieu où le document a été rédigé :

Comté de _____)

Ce jour, le _____, s'est/se sont présenté(es) personnellement devant moi, notaire soussigné(e), _____, que je connais personnellement ou qui m'a/ont démontré, à l'aide de preuves satisfaisantes, qu'il(s) étai(en)t l'/les individu(s) dont le(s) nom(s) est/sont souscrit(s) au présent acte et reconnai(ssen)t avoir signé celui-ci dans l'exercice de ses/leurs fonctions, et que par sa/leurs signature(s) sur l'acte, l'/les individu(s), ou la personne au nom de laquelle il(s) agi(ssen)t, a/ont signé l'acte.

_____
Le notaire