



**Department of
Social Services**

DSS-7q (F) 05/24/2021 (page 1 of 4)
(E) 05/19/2021 LLF

Date : _____

Organisme

réfèrent/CBO : _____

**Demande d'aide CityFHEPS
(appartements et chambres pour personnes seules)
(French)**

Cette demande d'aide CityFHEPS concerne le foyer indiqué ci-dessous. Nous envoyons cette demande, accompagnée de la page de garde du dossier CityFHEPS dûment remplie, au nom du foyer. S'il est admissible, nous vous prions de donner votre autorisation et de délivrer les chèques et documents du Département des services sociaux (Department of Social Services, DSS) nécessaires.

1. Source de référence		2. Type de demande	
<input type="checkbox"/> APS	<input type="checkbox"/> DYCD	<input type="checkbox"/> Pour séjourner	<input type="checkbox"/> Nouveau déménagement
<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Mutation	

3. Informations concernant le foyer					
Nom du demandeur :			Numéro de dossier d'aide financière en espèces (Cash Assistance, CA) :		
Adresse :			Adultes :	Enfants mineurs :	
Nom	Date de naissance	Lien avec le demandeur	Statut CA	Revenus/ fréquence	Type de revenus
		MOI-MÊME			

(Tourner la page)

4. Informations concernant le foyer	
1. Loyer :	_____ \$
a. Le loyer de l'appartement est-il réglementé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i. Si oui, le loyer est-il un loyer « préférentiel » ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ii. Si oui, quel est le montant du loyer « non préférentiel » ?	_____ \$
b. Le chauffage et l'eau chaude sont-ils compris dans le montant du loyer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Taille du foyer percevant l'aide financière en espèces	_____
3. Revenus totaux des membres du foyer percevant l'aide financière en espèces :	_____ \$
4. Indiquer le montant maximal de 4a ou 4b	_____ \$
a. Allocation logement CA mensuelle habituelle pour la taille du foyer percevant l'aide financière en espèces :	_____ \$
b. 30 % des revenus mensuels bruts du foyer percevant l'aide financière en espèces :	_____ \$
5. Revenus totaux des membres du foyer ne percevant pas l'aide financière en espèces (le cas échéant) :	_____ \$
a. 30 % des revenus mensuels bruts (le cas échéant) :	_____ \$
6. Indiquer la somme de la ligne 4 et de la ligne 5a	_____ \$
7. Supplément au loyer mensuel proposé par CityFHEPS (ligne 1 moins ligne 6) :	_____ \$
8. Demande de subvention pour arriérés de loyer (le cas échéant) :	_____ \$
9. Demande de paiement des frais de justice et de Marshal (le cas échéant) :	_____ \$

5. Informations concernant l'appartement					
Nom du propriétaire :					
Adresse du propriétaire			Adresse du bien loué		
Numéro, rue, appartement/chambre :			Numéro, rue, appartement/chambre :		
Ville :	État :	Code postal :	Ville :	État :	Code postal :

(Tourner la page)

6. Demande de paiement

Déménagement dans un nouvel appartement

- Paiement d'un montant de _____ \$, représentant le premier mois de loyer dans son intégralité et :
- trois mois d'aide supplémentaire mensuelle aux locataires (Monthly Rental Assistance Supplement) de CityFHEPS
- OU**
- 11 mois, le cas échéant, d'aide supplémentaire mensuelle aux locataires de CityFHEPS, à l'ordre de :

(propriétaire ou bénéficiaire autorisé)

- Paiement d'un montant de _____ \$, représentant les frais de courtier, à l'ordre de :

(nom du courtier ou de la société)

- Paiement d'un montant de 4 300,00 \$, représentant une prime incitative

- Cocher cette case si le client peut emménager avant la date de début du bail*

* Le prorata du loyer est disponible si le foyer peut emménager dès le lendemain de l'approbation (sauf pour les autorisations délivrées au plus tard le troisième jour du mois ou au plus tôt le troisième jour avant la fin du mois). Si les approbations sont délivrées au plus tard le troisième jour du mois, le mois en question comptera comme le premier mois complet.

Préservation des appartements actuels

- Paiement d'un montant de _____ \$, représentant les arriérés de la période de _____, à l'ordre de :

(propriétaire ou bénéficiaire autorisé)

- Paiement d'un montant de _____ \$, représentant les frais de justice et de Marshal, à l'ordre de :

(nom de la société)

(Tourner la page)

Attestation :

Je déclare sous peine de parjure que toutes les déclarations contenues dans la présente demande et les documents qui y sont joints sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En signant la présente demande, je déclare accepter toute enquête de l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA) de la ville de New York réalisée pour vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et déterminer mon admissibilité au programme CityFHEPS.

(Nom du demandeur en caractères
d'imprimerie)

(Signature du demandeur)

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 212 331 4640. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.

Signature :

(Nom du/de la chargé(e) de dossier en
caractères d'imprimerie)

(Signature du/de la chargé(e) de dossier)

(Nom du superviseur/de la superviseuse en
caractères d'imprimerie)

(Signature du superviseur/de la
superviseuse)