



Department of
Social Services

Demande de modification du montant de votre aide supplémentaire au logement CityFHEPS (French)

Remplissez ce formulaire si vos revenus ont évolué et que vous souhaitez demander la modification du montant de votre aide supplémentaire au logement CityFHEPS.

Section 1 : Informations sur le locataire		
Prénom :	Nom :	
Adresse :	Numéro d'appartement/de chambre :	
Ville	État	Code postal :

Section 2 : Informations sur l'évolution de vos revenus
Les revenus de mon foyer ont : <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Pris fin
Veuillez expliquer les raisons pour lesquelles vos revenus ont évolué :

Section 3 : Récapitulatif de vos revenus actuels		
Remplissez les champs ci-dessous. Veuillez inclure chaque personne qui vit dans votre foyer et qui perçoit actuellement des revenus. Précisez son nom, la source de ses revenus (par exemple : emploi, Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI), indemnités de chômage) et le total de ses revenus mensuels.		
Membre du foyer	Source de revenus	Total mensuel

(Tourner la page)

Section 4 : Documents	
Veillez cocher (✓) les justificatifs que vous joindrez à ce formulaire dûment rempli.	
<input type="checkbox"/>	Justificatifs
<input type="checkbox"/>	Bulletins de salaire
<input type="checkbox"/>	Lettre d'emploi
<input type="checkbox"/>	Lettre d'octroi du SSI ou de pensions d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD)
<input type="checkbox"/>	Lettre d'octroi d'indemnités de chômage
<input type="checkbox"/>	Autre

Section 5 : Hausse du montant maximal du loyer de CityFHEPS
Si votre propriétaire a augmenté votre loyer annuel, la HRA peut augmenter votre subvention jusqu'au montant maximal du loyer annuel pour la taille de votre foyer. Veillez saisir le nouveau montant de votre loyer annuel : _____ \$
Vous devez joindre un bail signé indiquant le nouveau montant du loyer à cette demande dûment remplie.

Section 6 : Attestation
Je déclare sous peine de parjure que toutes les déclarations contenues dans le présent formulaire et les documents qui y sont joints sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En signant le présent formulaire, 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 à la modification du montant de mon aide supplémentaire au logement CityFHEPS.
_____ Signature
_____ Date

(Tourner la page)

Section 7 : Options de transmission du formulaire

Veillez choisir **l'une** des options ci-dessous pour transmettre votre formulaire dûment rempli et les justificatifs :



Adresse électronique : raprenewals@hra.nyc.gov



En personne : 109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102
New York, NY 10003

Entre _____ et _____

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.