

**ACCORD DU PARTICIPANT (DE LA PARTICIPANTE) AU PROGRAMME D'AIDE SPÉCIALE
PONCTUELLE (SPECIAL ONE-TIME ASSISTANCE, SOTA)
(French)**

Le programme SOTA verse une année de loyer aux clients du Département des services pour les sans-abris (Department of Homeless Services, DHS) autorisés à emménager dans la ville de New York, dans d'autres comtés de l'État de New York, ou en dehors de l'État de New York.

Le SOTA peut être utilisé par une personne seule et par des familles qui ont des revenus et qui pourront, à l'avenir, payer leurs loyers. Les revenus peuvent provenir de leur emploi, des allocations du revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI), de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD) ou d'autres sources de revenus. Le loyer ne peut pas dépasser 40 % des revenus du foyer et les revenus du foyer ne peuvent pas dépasser 80 % du revenu moyen de la zone concernée (Area Median Income, AMI) de la ville de New York.

Nom de la personne demandant à bénéficier du programme :

Je soussigné(e), _____, ai déposé une demande d'allocation SOTA d'une année pour le logement suivant (« logement SOTA »), que j'ai sélectionné personnellement :

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

En tant que participant(e) au programme SOTA, j'accepte ce qui suit :

- Fournir des informations véridiques, complètes et valides sur mes revenus et la composition de mon foyer.
- Fournir des justificatifs, le cas échéant, pour vérifier l'admissibilité de mon foyer.
- Une enquête sera menée afin de vérifier ou de confirmer les informations que j'ai fournies dans le cadre de ma demande d'allocation SOTA. Si des informations supplémentaires sont demandées, je m'engage à les fournir.
- Le programme SOTA versera le loyer chaque mois directement au (à la) propriétaire pendant un an.
- Le Département des services sociaux (Department of Social Services, DSS) pourra utiliser mon nom et mon numéro de Sécurité sociale pour créer un compte afin de procéder au virement mensuel du loyer au (à la) propriétaire.
- **Je comprends qu'à la fin de l'année couverte par l'allocation SOTA, j'aurai la responsabilité de payer l'intégralité du loyer.**

(Veuillez tourner la page)

- Je comprends que je n'ai pas le droit de sous-louer ce logement SOTA pendant la durée de versement de l'allocation SOTA.
- Faire tous les efforts nécessaires pour maintenir mes revenus actuels ou obtenir des revenus mensuels de _____.
- Si ma source de revenus est constituée d'allocations de la Sécurité sociale, je respecterai les conditions du programme grâce auquel je perçois ces allocations.
- Si ma source de revenus provient de mon emploi, je ferai tout mon possible pour conserver ce travail.
- Je comprends que je suis tenu(e) d'informer mon ou ma propriétaire par écrit si celui-ci (celle-ci) omet d'entretenir correctement le logement SOTA ou d'y procéder aux réparations nécessaires. Si les réparations nécessaires ne sont pas effectuées, j'ai le droit de ne pas payer mon loyer ou de demander à ce qu'il soit versé au tribunal conformément aux lois en vigueur au titre de quelconques mesures ou poursuites à l'encontre du ou de la propriétaire, à condition de fournir les justificatifs appropriés au DSS.
- Coopérer entièrement avec la Ville pour sa gestion du Programme SOTA.
- Informer rapidement le DSS en appelant le 718 557 1373, si :
 - je déménage ;
 - je reçois un courrier d'expulsion ;
 - il y a un changement de propriétaire ou de la personne qui perçoit le loyer ;
 - je souhaite demander à ne pas payer le loyer. Nous vous informons qu'en raison des délais d'étude et de traitement, le non-paiement du loyer pourrait ne pas débiter avant la fin du mois qui suit immédiatement la requête.

Signatures obligatoires

J'ai bien lu le présent protocole d'accord du participant au programme, j'ai compris mes obligations et je les accepte.

Date

Signature de la personne demandant à bénéficier du programme

(Veuillez tourner la page)

J'ai bien lu le présent protocole d'accord du participant au programme et j'ai compris mes obligations. J'accepte de coopérer totalement avec le DSS dans sa gestion du programme SOTA et de fournir des informations précises concernant mes revenus et toute information supplémentaire, le cas échéant. J'accepte qu'une enquête soit menée afin de vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies en lien avec la gestion du programme SOTA du DSS.

Date Nom du membre du foyer Signature du membre du foyer

Date Nom du membre du foyer Signature du membre du foyer

Date Nom du membre du foyer Signature du membre du foyer

Les membres adultes suivants du foyer n'ont pas signé d'exemplaire de cet accord pour le ou les motifs suivants :

Nom de la personne responsable du dossier ou du spécialiste du logement

Signature de la personne responsable du dossier ou du spécialiste du logement

Date

La signature de la personne responsable du dossier ou du spécialiste du logement confirme les informations sur le membre du foyer indiquées ci-dessus.

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.