



Date : \_\_\_\_\_  
Nom du dossier : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Nombre de dossiers : \_\_\_\_\_  
Centre : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone du chargé de dossier : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone de la FH&C : \_\_\_\_\_

**Demande d'aide d'urgence, de primes supplémentaires ou  
d'ajouter une personne au dossier d'aide financière en espèces  
(pour participants uniquement)  
(French)**

Veillez remplir dûment ce formulaire si vous avez besoin d'une aide d'urgence, de primes supplémentaires ou d'ajouter une personne au dossier.

**Rappel :**

(1) Des preuves des informations communiquées peuvent vous être demandées. Si vous avez des difficultés à en obtenir, votre chargé de dossier doit vous aider.

(2) Un entretien avec votre chargé de dossier sera peut-être toujours nécessaire. Si c'est le cas, un rendez-vous sera pris pour vous.

---

---

**SECTION I : AIDE D'URGENCE**

**Type d'aide d'urgence que je demande :**

**Raison pour laquelle j'ai besoin d'une aide d'urgence :**

---

---

**(Tourner la page)**

*(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)*

---

## SECTION II : PRIMES SUPPLÉMENTAIRES

**Je demande la ou les primes suivantes pour un ou plusieurs besoins spécifiques :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arriérés de loyer  | <input type="checkbox"/> Prime supplémentaire pour combustible  |
| <input type="checkbox"/> Réparation d'articles ménagers indispensables  | <input type="checkbox"/> Réparations de biens   |
| <input type="checkbox"/> Arriérés hypothécaires et/ou d'impôts  | <input type="checkbox"/> Remplacement de vêtements perdus suite à une situation catastrophe, telle que le sans-abrisme ou un incendie Autre : |
| <input type="checkbox"/> Allocation de grossesse  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> Allocation de repas, car je ne peux pas préparer à manger là où je vis   |   |
| <input type="checkbox"/> Allocation d'obsèques ; vous ou votre représentant dûment autorisé devez demander cette allocation à :<br>Office of Burial Services<br>33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor<br>Long Island City, NY 11101<br>Téléphone : 718 473 8310 |   |

**Frais liés à un déménagement :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frais de déménagement               | <input type="checkbox"/> Meubles et autres articles ménagers      |
| <input type="checkbox"/> Caution/accord de location          | <input type="checkbox"/> Remisage de meubles et effets personnels |
| <input type="checkbox"/> Commissions/bons d'un intermédiaire |   |

Nouvelle adresse : \_\_\_\_\_  
(inclure le numéro de l'appartement)

\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal

Quand avez-vous déménagé ? \_\_\_\_\_ Nouveau loyer : \_\_\_\_\_ \$

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Nom du locataire principal : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

(inclure le numéro de l'appartement)

\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal

---

**(Tourner la page)**

---

### SECTION III : SERVICES D'AIDE LIÉS À UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

**Je demande les services d'aide suivants :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vêtements pour les participants à des activités de recherche d'emploi faisant face à des circonstances <b>exceptionnelles</b> , telles que le sans-abrisme ou un incendie récent et un manque de vêtements appropriés | <input type="checkbox"/> Allocation pour service de garderie dans les limites approuvées, le cas échéant |
| <input type="checkbox"/> Frais de licence, d'uniforme ou de biens durables liés à une activité/embauche dans les limites approuvées, sur présentation des justificatifs certifiant la nécessité de tels éléments                               | <input type="checkbox"/> Transport en commun nécessaire  |
|  | <input type="checkbox"/> Autres services d'aide liés à une activité professionnelle :                    |
|  | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                  |

Les services d'aide requis seront fournis lorsque vous commencerez une activité professionnelle. Si vos besoins évoluent ou si vous n'obtenez pas un service requis, faites une demande de prime supplémentaire.

---

### SECTION IV : AJOUT D'UNE PERSONNE AU DOSSIER

**Vous pouvez toujours envoyer ce formulaire à votre chargé de dossier même si vous ne disposez pas de toutes ces informations. Je souhaite ajouter la ou les personnes suivantes à mon dossier d'aide financière en espèces :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Nouveau-né</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Conjoint(e)</b> ayant déjà déposé une demande qui a été rejetée en raison de son statut d'immigration et dont le statut a maintenant changé |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfant de retour à la maison</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Moi-même/adulte bénéficiaire de prestations sur le dossier</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfant de moins de 18 ans</b> (dont le statut d'immigration a changé depuis ma dernière demande/recertification)                                    | <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Conjoint(e)/adulte vivant avec moi</b> qui n'a jamais déposé de demande (cette personne doit remplir dûment une demande pour bénéficier d'une aide) | <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> _____   |

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Date d'emménagement/de retour :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Numéro de Sécurité sociale (s'il est connu) :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Date d'emménagement/de retour :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Numéro de Sécurité sociale (s'il est connu) :** \_\_\_\_\_

AM  PM

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date de la demande

\_\_\_\_\_  
Heure de la demande

\_\_\_\_\_  
Nom du chargé de dossier

\_\_\_\_\_  
Date