



**Department of
Social Services**

DSS-7o (F) 05/24/2021 (page 1 of 3)
(E) 05/19/2021 LLF

Date : _____

Organisme référent/CBO : _____

**Demande d'aide CityFHEPS
(chambres uniquement)
(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 (numéro, rue, appartement/chambre) :			Ville :	État :	Code postal :
Nom	Date de naissance	Lien avec le demandeur	Statut CA	Revenus/fréquence	Type de revenus
		MOI-MÊME			
1. Location demandée :				_____	\$
2. Indiquer le montant maximal de 2a ou 2b				_____	\$
2a. 50 \$					
2b. Allocation logement CA mensuelle :				_____	\$
3. Aide au loyer mensuelle proposée par CityFHEPS (ligne 1 moins ligne 2) :				_____	\$

(Tourner la page)

4. Informations sur le propriétaire et la location					
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 :

5. Autorisations obtenues	
<input type="checkbox"/> Le logement est-il subventionné (ex. NYCHA, Section 8, FEPS) ? Si oui, type de subvention : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Liste de contrôle du propriétaire-bailleur	
<input type="checkbox"/> Inspection ou évaluation réalisée, résidence approuvée	Date : _____
<input type="checkbox"/> La chambre ne se trouve PAS dans une résidence faisant l'objet d'une réglementation du loyer	Date : _____
<input type="checkbox"/> L'appartement ne compte PAS plus de trois chambres	Date : _____
<input type="checkbox"/> Le chauffage, l'eau chaude, l'électricité et, si la cuisinière n'est pas électrique, le gaz de cuisine, sont-ils compris dans le montant du loyer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. Demande de paiement
<input type="checkbox"/> Paiement d'un montant de _____ \$, représentant les quatre premiers mois de loyer, moins toute allocation logement pour les deuxième, troisième et quatrième mois, à l'ordre de : _____ (propriétaire ou bénéficiaire autorisé)
<input type="checkbox"/> Demande d'aide d'urgence, primes supplémentaires ou pour ajouter une personne au dossier d'aide financière en espèces (uniquement pour les participants) (W-137A)
<input type="checkbox"/> 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.

(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

Téléphone fixe

Adresse électronique

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

Signature du superviseur/de la superviseuse