



CDFM huron-wendat
100, rue de l'Ours
Wendake (Québec)
G0A 4Y0

(418) 842-1026

(418) 842-3076

Langue de la correspondance
Please communicate with me in
 Français
French
 Anglais
English

INSCRIPTION AU PROGRAMME D'ASSISTANCE SOCIALE

SOCIAL ASSISTANCE PROGRAM REGISTRATION

Énoncé de la Loi sur la protection des renseignements personnels

Privacy Act Statement

Les renseignements que vous fournissez dans le présent document sont recueillis en vertu du programme d'assistance sociale aux fins de vérification et seront versés au fichier de renseignements personnels n° AINJP-PU-020. Les renseignements personnels que vous fournissez sont protégés en vertu des dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

The information you provide on this document is collected under the authority of the Social Assistance Program for the purpose of verification, and will be stored in personal information bank number AINJP-PU-020. Personal information that you provide is protected under the provisions of the Privacy Act.

Inscription
Registration

Réévaluation annuelle
Annual re-evaluation

Autorité administrative de la bande ou du ministère – Departmental or band administrative authority

Raison de la demande – Reason for request

Arrêt de travail
Stoppage of work

Perte du conjoint
Loss of spouse

décès
death

divorce
divorce

Manque de travail ou fin de contrat
Shortage of work or end of contract

Naisance ou prise en charge d'un enfant
Birth or take over a child

Fin des prestations d'assurance-chômage
End of unemployment insurance benefits

Congédiement
Dismissal

Maladie
Sickness

Abandon d'emploi
Job resignation

Autres précisez:
Others specify:

Nom de famille – Family name

Prénom – Given name

N° de bande – Band no.

Nom de la réserve – Reserve name

N° de tél. – Tel. no.

Identification

avez-vous un conjoint qui vit avec vous?
(Si "oui" donnez les renseignements concernant votre conjoint.)
Do you have a spouse living with you?
(if "yes" provide information concerning your spouses.)

Oui
Yes

Non
No

État civil
Marital status

Célibataire
Single

Marié(e)
Married

Séparé(e)
Separated

Divorcé(e)
Divorced

Vie maritale
Common law

Veuf(ve)
Widow(er)

Nom de famille du conjoint à la naissance – Spouse's maiden name

Prénom – Given name

Sexe
Sex

M
M

F
F

N° de bande – Band no.

Montant (\$) – Amount (\$)

Prêt SCHL
CMHC loan

Oui
Yes

Non
No

Dernière aide reçue en date du
Date of last assistance

A-Y M J-D

Autorité administrative – Administrative authority

Lieu de demeure
Accommodation

Votre propriété
Your own property

A loyer
Rented unit

Logement appartenant au conseil de bande
Band council housing

En chambre
Room

Chambre et pension
Room and board

Centre hospitalier
Hospital centre

Maison d'accueil
Foster home

Coût mensuel du logement – Monthly housing cost

Services publics (eau-vidange) – Utilities (water-sewage)

Requis obligatoire
Receipts required

Électricité – Electricity

Chauffage – Heating

Habitez-vous chez votre père
Do you live in the house of your

Père
Father

Mère
Mother

Grand-parents
Grandparents

Enfant
Child

Frère
Brother

Soeur
Sister

Nom de famille (s'il diffère du vôtre) Family name (if different from yours)	Prénom Given name	Si vous partagez la garde de cet enfant, donnez le nombre de jours ou vous avez la garde If you share custody of this child, stipulate no. of days you have custody	Date de naissance Birthdate		Au foyer Living at home		N° d'assurance maladie Health insurance no.
			Oui Yes	Non No	Oui Yes	Non No	

Revenus et biens des enfants à charge – Income and assets of dependent children

Les enfants à charge qui ne fréquentent pas une institution d'enseignements ont-ils des revenus?
Your dependent children who do not attend an academic institution, do they have revenues?

Oui
Yes

Non
No

Des biens meubles ou immeubles, des comptes de banque ou de caisse populaire, véhicules automobiles, etc.?
Personal property or real property, bank accounts or caisse populaire, automobile etc.?

Oui
Yes

Non
No

Montant net (\$) – Amount or value (\$)

Semaine
Week

Mois
Month

Année
Year

Autres personnes habitant le même logement
Other persons in home

Lien de parenté
Relationship

Age

Source de revenus
Source of income

		Requérant(e) - Applicant		Conjoint(e) - Spouse	
Date de naissance Birthdate					
Lieu de naissance Birthplace					
Numéro d'assurance social canadien Canadian social insurance number					
Numéro d'assurance social américain American social insurance number					
Numéro d'assurance maladie Health insurance number					
Nom et prénom de votre père Father's surname and given name					
Nom et prénom de votre mère Mother's surname and given name					
Degré de scolarité Years of schooling					
Métier - occupation Trade - occupation					
Nom et adresse du dernier employeur Name and address of last employer					
Occupation					
Salaires par semaine (\$) Weekly salary	Brut Gross	Net	Brut Gross	Net	
Dates de l'emploi Dates of employment	Début From	Fin To	Début From	Fin To	
Nom et adresse de l'employeur précédent Name and address of preceding employer					
Occupation					
Salaires par semaine (\$) Weekly salary	Brut Gross	Net	Brut Gross	Net	
Dates de l'emploi Dates of employment	Début From	Fin To	Début From	Fin To	
Situation par rapport à l'assurance-chômage Unemployment insurance status	<input type="checkbox"/> Non eligible <input type="checkbox"/> Not eligible		<input type="checkbox"/> Non eligible <input type="checkbox"/> Not eligible		
	Demande en cours depuis Application submitted on		Demande en cours depuis Application submitted on		
	Prestations terminées le Benefits ended on		Prestations terminées le Benefits ended on		
* rattraperez-vous à temps partiel? Do you work part time?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	
	Nom et adresse de l'employeur Employer's name and address		Nom et adresse de l'employeur Employer's name and address		
Occupation					
Salaires par semaine (\$) Weekly salary	Brut Gross	Net	Brut Gross	Net	
Avez-vous des revenus résultant d'un travail à votre propre compte? Do you have self-employment income?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	
	Genre de travail Type of work		Genre de travail Type of work		
	Revenu net annuel (\$) Annual net income (\$)		Revenu net annuel (\$) Annual net income (\$)		
	Oui Yes	Non No	Oui Yes	Non No	
Revenus réguliers Regular income	Montant (\$) Amount (\$)		Montant (\$) Amount (\$)		
Prestations d'assurance-chômage Unemployment insurance benefits	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	
Prestations de la commission des accidents du travail Workmen's Compensation	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	
Allocation d'un centre de main-d'œuvre pour suivre des cours de formation Manpower Centre Allowance for training courses	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	<input type="checkbox"/>	Par semaine Per week	
Prestations de la règle des rentes du Québec Québec Pension Plan benefits	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Prestations de la règle des rentes du Canada Canada Pension Plan benefits	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Pension alimentaire Alimony	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Prestation de la sécurité sociale Américaine ou d'autres pays, ou d'autres provinces American Social Security benefits, or benefits from other countries or provinces	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Pensions ou allocation aux anciens combattants Veterans Pension or Allowance	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Pensions de la sécurité de la vieillesse Old Age Security Pension	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Revenu d'un fonds de pension personnel ou d'un ex-employeur Income from a personal or former employer's pension fund	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Indemnités de la règle d'assurance-automobile Compensation from La Régie d'assurance-automobile	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Allocations de l'éducation Education allowances	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Revenus de loyers, chambres ou pensions, autres que votre père, mère, grand-parents, enfants, autres personnes placées chez vous par un centre de services sociaux Rental or Room and Board Income, other than from your father, mother, grandparents, children or from persons placed with you by a social services centre	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
Autres revenus réguliers (garde d'enfants, placement) Other regular incomes (Child care, placement)	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	<input type="checkbox"/>	Par mois Per month	
	Genre de revenu Type of income		Genre de revenu Type of income		

Requérant et / ou conjoint Claimant and / or spouse		<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	Montant Amount	par per	<input type="checkbox"/> Semaine Week <input type="checkbox"/> Mois Month <input type="checkbox"/> Année Year
Attendez-vous d'autres revenus, gains et avantages (Assurances, rentes, héritage, règlement de cour, indemnités de succession, gains de vacances etc.)? Do you expect other income, gain or advantages? (insurance, rent, inheritance, court settlement, estate indemnities, holiday payable etc.)		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Description Value		
des bons, des obligations, des actions, des R.E.E.R., de R.E.A., des dépôts à terme? • of bonds, debentures, shares, term deposits, etc.?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Valeur Value		
des sommes qui vous sont dues? • amounts owed to you?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Valeur Value		
des dettes autres que des hypothèques? • Debts other than mortgages?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Vergement mensuel total Total monthly instalment		
vendu ou cédé des biens depuis deux ans (maison, terrain, chalet, etc.)? • sold or surrendered personal goods in last two years (house, land, summer cottage, etc.)		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Date de cession ou de vente Date of sale or transfer A-Y M D-J		
Possédez-vous un permis de conduire? Do you have a driving permit?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		Si "Oui", indiquez la classe et le n° If "Yes", indicate class and no.		

Limitation à l'emploi - Limitation to employment

Considérez-vous que votre état de santé vous permet d'occuper une emploi? Do you consider that health condition allows you to work?		<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Plein temps Full-time	<input type="checkbox"/> Temps partiel Part time
Si vous êtes une femme enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement If you are pregnant, please indicate the expected date of delivery		Précisez le ou les emplois recherchés Specify the job(s) researched		
Vous considérez-vous comme une personne handicapée? Do you consider yourself a handicapped person?		<input type="checkbox"/> Non No	Précisez la raison Specify reason	
A cause de votre santé, de votre condition physique ou de vos incapacités, avez-vous besoin de matériel spécial ou d'une aide quelconque? Because of your health condition, physical condition or your incapacities, do you need special equipment or any kind of help?		<input type="checkbox"/> Oui Yes	Précisez le besoin Specify need	
Avez-vous des biens? (maison, terrain, chalet, automobile, tente-roulotte, bateau, revenu de placement) Do you have any property? (house, land, cottage, automobile, tent-trailer, boat, investment income)		<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
		Description	Valeur marchande Market value	Description
Avez-vous un compte de banque? Do you have a bank account?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	Montant (\$) - Amount (\$)	
		Nom de la banque - Bank name		Valeur marchande Market value
		Adresse - Address		
		N° de compte - Account no.		
		Montant - Amount		

Avoir liquide Liquid assets		Montant - Amount	
À qui le chèque doit-il être émis? To whom should the cheque be issued?		<input type="checkbox"/> Au requérant Claimant	<input type="checkbox"/> Au conjoint Spouse
		<input type="checkbox"/> Aux deux noms To both names	
		<input type="checkbox"/> Autre nom, précisez To other name, specify	

Je déclare solennellement, sachant que cette déclaration a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment, que les renseignements qui paraissent dans la présente demande sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai le conseiller(ère) d'assistance sociale de toute modification à tous renseignements notamment la date de mon retour au travail ainsi que celle de mon conjoint. De plus, j'autorise le conseiller(ère) d'assistance sociale à obtenir les renseignements nécessaires pour établir ou maintenir mon éligibilité à l'assistance et l'autorise tout organisme contacté par le conseiller(ère) à lui fournir les renseignements qui seront demandés.

Signature du requérant - Claimant's signature		Date
Signature du conjoint - Spouse's signature		Date



CDFM Huron-wendat
100, rue de l'Ours
Wendake (Québec)
G0A 4Y0



(418) 842-1026

(418) 842-3076

Preuve de résidence

Pour nous permettre de donner suite à votre demande et puisque vous n'avez pas de bail, nous vous prions de bien vouloir fournir une preuve de résidence. S'il vous plaît, remplir la partie du bas et nous la retourner le plus tôt possible.

Signature _____

Date _____

PROPRIÉTAIRE – LOGEUR(EUSE)

LOCATAIRE, CHAMBREUR, PENSIONNAIRE

Nom	_____
Adresse	_____
N° de téléphone	_____
N° de bande	_____

Lien de parenté	_____
Durée du bail	_____
Du _____ au _____	
Nombre de pièces	_____
Autres personnes habitant le même logement ↓	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____
7.	_____
8.	_____

COÛT DU LOGEMENT	_____
_____ \$/semaine	ou
_____ \$/mois	

Signature du propriétaire ou du logeur _____

Date _____

Signature du locataire/chambreur ou pensionnaire _____

Date _____