

DATE DE VÉRIFICATION :

Ministère des Finances ウヘトケーヘトゥー Kiinaujaliqijiikkut Ministère des Finances Division de la paie et des avantages sociaux C.P. 1000, succursale 360

W.G. W.C. Brown Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

Téléphone : 1-867-975-5800 Télécopieur : 867-975-5863

Courriel: HouseholdAllowance@gov.nu.ca

## DEMANDE D'ALLOCATION DE LOYER DU NUNAVUT

REQUÉRA	NT(E)						CO-l	REQUÉRA	NT(E)						
NOM DE FAM	PRÉNOM					NOM I	NOM DE FAMILLE PRÉ			PRÉNOM	ÉNOM				
SECOND PRÉ	NOM	NUM	IÉRO D'A	SSURANO	CE SOCIALE	1 1	SECO	ND PRÉNOM			NUMÉRO D'A	SSURANCE S	OCIALE	1	
MINISTÈRE EN	MPLOYEUR :						MINIS	TÈRE EMPLOY	/EUR :						
DATE D'ENTR	ÉE EN POSTE : NUN	IÉRO DE T	ÉLÉPHOI	NE AU TF	RAVAIL		DATE	D'ENTRÉE EN	N POSTE : N	JMÉRO	DE TÉLÉPHONE A	U TRAVAIL			
POSTE À DUF DE SERVICE (	RÉE DÉTERMINÉE, INDÉTERMINÉE OU E CONTINU	MPLOYÉ (	OCCASIO	NNEL AV	EC PLUS DE	6 MOIS		E À DURÉE DI ICE CONTINU	ÉTERMINÉE, INDÉTERMINÉE OL	JEMPL	OYÉ OCCASIONNE	L AVEC PLUS	S DE 6 MO	IS DE	
COURRIEL COURRIEL															
ADRESSE	ACTUELLE :		ı												
N <sup>o</sup> DE LO	Γ:		N <sup>O</sup> DE	BLOC	:				N <sup>O</sup> DE PLAN :		Nº DE MA	AISON :			
C.P. C.P. :			CC	OLLEC	TIVITÉ :					CC	DE POSTAL :				
DATE D'ACHAT DE LA MAISON : DATE DE DÉBUT DE LA LOCATION : MONTANT DU LOYER :															
MOIS:	JOUR :		INA	NÉE :			N	MOIS :	JOUR: A	NNÉE :			ı		
COMPLEX	DE DEDOCANACIONALE ACC		MENIT	011571	(01100							ADULTE	ENFAN	۸T	
	DE PERSONNES VIVENT AC														
COMBIEN MÊME?	DE PERSONNES VIVANT CH	EZ VOU:	SSON	TEMPI	LOYEES	PAR LE	E GOU	JVERNEM	ENT DU NUNAVUT, Y C	OMPR	RIS VOUS-				
EMPLOYE	UR DES AUTRES ADULTES V	IVANT (	CHEZ V	OUS :											
TOUS LES	REQUÉRANTS DOIVENT JOINE	RE UNE	COPIE	DE L'U	JN DES D	OCUME	ENTS	SUIVANTS	:					HEZ LA	
1	DUPLICATA DE CERTIFICAT DE TITRE <b>OU</b>												CASE		
2	AVIS D'ÉVALUATION FONCIÈRE DE L'ANNÉE EN COURS <b>OU</b>														
3	DERNIER REÇU D'IMPÔT FONCIER <b>OU</b>														
4															
4	FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DE L'ALLOCATION DE LOYER DU NUNAVUT														
5	SI VOUS RÉCLAMEZ DES PAIEMENTS RÉTROACTIFS, VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE DE VOTRE DOCUMENT HYPOTHÉCAIRE OU DE TOUT DOCUMENT JURIDIQUE MONTRANT LA DATE D'OCCUPATION DES LIEUX. (LES PAIEMENTS RÉTROACTIFS NE PEUVENT ALLER AU-DELÀ DES SIX DERNIERS MOIS)														
DÉCLARATION: JE CERTIFIE/NOUS CERTIFIONS QUE CETTE HABITATION EST MA/NOTRE RÉSIDENCE PRINCIPALE ET QUE LES DÉCLARATIONS QUE JE FAIS/NOUS FAISONS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT VÉRIDIQUES, COMPLÈTES ET FAITES DE BONNE FOI. JE RECONNAIS/NOUS RECONNAISSONS QUE SI L'UNE DE CES DÉCLARATIONS S'AVÈRE FAUSSE, LA PRÉSENTE DEMANDE PEUT ÊTRE REJETÉE ET QUE TOUTE ALLOCATION ACCORDÉE DOIT ÊTRE REMBOURSÉE DANS SON INTÉGRALITÉ. JE CONSENS/NOUS CONSENTONS À CE QUE DES ENQUÊTES SOIENT MENÉES À TOUT MOMENT EN RAPPORT AVEC L'ALLOCATION DE LOYER SOLLICITÉE. EN OUTRE, JE M'ENGAGE/NOUS NOUS ENGAGEONS À INFORMER IMMÉDIATEMENT LE GOUVERNEMENT DU NUNAVUT DE TOUT CHANGEMENT DU TYPE DE LOGEMENT.															
VEUILLEZ	COCHER LA CASE CORRES	PONDA	NT AU	BÉNÉI	FICIAIRE	DE L'A	ALLO	CATION :							
	REQUÉRANT(E)		CO-RE	QUÉRA	ANT				50/50 ENTRE LE DEMANI	DEUR	ET LE CO-REC	UÉRANT			
	AUCUNE AUTRE PERSONNE, S	AUF LE/L	A REQU	IÉRANT	(E) OU LE/I	LA CO-F	REQUÉ	ÉRANT(E), N	IE PRÉSENTE DE DEMAND	E D'AL	LOCATION À CI	ETTE ADRE	SSE		
CICNATU		``													
SIGNATU	RE DU/DE LA REQUÉRANT(E	:)													
SIGNATURE DU/DE LA CO-REQUÉRANT(E)  Année Mois											J	our			
À l'USAGI	E DU BUREAU SEULEMENT :										ı	1			
DATE DE RÉCEPTION : DÉBUT DU VERSEMENT DES INDEMNISATIONS :															

DATE D'ENVOI AU SERVICE DE LA PAIE :