

C. MODIFICATION DES REVENUS

1. REVENU N° 1 : TYPE DE MODIFICATION

a. NOUVEAU OU AUGMENTATION DU REVENU b. DIMINUTION DU REVENU c. PERTE DU REVENU : DATE DE LA PERTE

2. SOURCE DU REVENU N° 1 (VEUILLEZ NE SÉLECTIONNER QU'UNE SOURCE DE REVENU)

(mm/jj/aaaa)

a. ADOPTION/FAMILLE D'ACCUEIL e. RÉMUNÉRATION MILITAIRE/PRESTATION S ANCIEN COMBATTANT (VA) i. SÉCURITÉ SOCIALE m. PRESTATIONS DE SURVIVANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

b. PENSION ALIMENTAIRE f. PENSION/RENTE j. ASSURANCE CHÔMAGE n. PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

c. CONTRIBUTIONS g. AIDE PUBLIQUE k. ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL

d. EMPLOI (SALAIRE) h. ACTIVITÉ INDÉPENDANTE l. REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE (SSI)

3. DATE DE DÉBUT

(mm/jj/aaaa)

4. REVENU TOTAL

\$, .

5. PÉRIODICITÉ

a. HEBDOMADAIRE c. MENSUELLE

b. BIHEBDOMADAIRE d. BIMENSUELLE e. ANNUELLE

6. NOM DE LA SOURCE DE REVENU N° 1

7. N° DE TÉLÉPHONE

8. ADRESSE

9. VILLE

10. ÉTAT

11. CODE POSTAL

1. REVENU N° 2 : TYPE DE MODIFICATION

a. NOUVEAU OU AUGMENTATION DU REVENU b. DIMINUTION DU REVENU c. PERTE DU REVENU : DATE DE LA PERTE

2. SOURCE DU REVENU N° 2 (VEUILLEZ NE SÉLECTIONNER QU'UNE SOURCE DE REVENU)

(mm/jj/aaaa)

a. ADOPTION/FAMILLE D'ACCUEIL e. RÉMUNÉRATION MILITAIRE/PRESTATION S ANCIEN COMBATTANT (VA) i. SÉCURITÉ SOCIALE m. PRESTATIONS DE SURVIVANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

b. PENSION ALIMENTAIRE f. PENSION/RENTE j. ASSURANCE CHÔMAGE n. PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

c. CONTRIBUTIONS g. AIDE PUBLIQUE k. ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL

d. EMPLOI (SALAIRE) h. ACTIVITÉ INDÉPENDANTE l. REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE (SSI)

3. DATE DE DÉBUT

(mm/jj/aaaa)

4. REVENU TOTAL

\$, .

5. PÉRIODICITÉ

a. HEBDOMADAIRE c. MENSUELLE

b. BIHEBDOMADAIRE d. BIMENSUELLE e. ANNUELLE

6. NOM DE LA SOURCE DE REVENU N° 2

7. N° DE TÉLÉPHONE

8. ADRESSE

9. VILLE

10. ÉTAT

11. CODE POSTAL



D. MODIFICATION DES ACTIFS

1. LES ACTIFS NETS DE VOTRE FAMILLE DÉPASSENT-ILS DÉSORMAIS 5 000 \$? a. OUI b. NON

2. Calcul du revenu des actifs

Si la valeur en espèces totale des actifs de la famille dépasse 5 000 \$, le revenu annuel généré à partir de ces actifs sera déterminé en fonction de la plus grande valeur entre 1) le revenu actuel des actifs et 2) le revenu imputé des actifs.

Sample Only

Sample Only

Sample Only

Sample Only



3. **ACTIF N° 1 : TYPE DE MODIFICATION**

a. NOUVEAU OU AUGMENTATION DE L'ACTIF b. DIMINUTION DE L'ACTIF

4. **ACTIF N° 1 (VEUILLEZ NE SÉLECTIONNER QU'UN ACTIF)**

- a. COMPTE CHÈQUES
- b. COMPTE ÉPARGNE
- c. FONDS DU MARCHÉ MONÉTAIRE/ FONDS COMMUN
- d. AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)
- e. POLICE D'ASSURANCE-VIE (À ÉCHÉANCE DÉTERMINÉE)
- f. POLICE D'ASSURANCE-VIE (PERMANENTE)
- g. IMMOBILIER, MAISON, COOPÉRATIVE OU COPROPRIÉTÉ (PROPRIÉTÉ DÉTENU COMME INVESTISSEMENT)
- h. ACTIONS
- i. FONDS FIDUCIAIRE
- j. 401K/ IRA/ ROTH IRA (COMPTE DE RETRAITE)
- k. OBLIGATIONS

5. VALEUR ACTUELLE

\$,

6. TAUX D'INTÉRÊT (LE CAS ÉCHÉANT)

7. INTÉRÊTS RAPPORTÉS PAR L'ACTIF

8. NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

9. Si vous avez coché immobilier, maison, coopérative ou copropriété ci-dessus, veuillez répondre aux questions 10 et 11 ci-dessous, et envoyer une déclaration signée pour chaque propriété qui indique les informations suivantes : type de propriété, adresse, pourcentage détenu, date d'achat, prix d'achat d'origine, montant des emprunts existants et nom de l'institution prêteuse, valeur actuelle, et revenu, le cas échéant, pour l'année écoulée.

10. POURCENTAGE (%) DÉTENU

11. REVENU DE LA PROPRIÉTÉ CES 12 DERNIERS MOIS

\$, .

3. **ACTIF N° 2 : TYPE DE MODIFICATION**

a. NOUVEAU OU AUGMENTATION DE L'ACTIF b. DIMINUTION DE L'ACTIF

4. **ACTIF N° 2 (VEUILLEZ NE SÉLECTIONNER QU'UN ACTIF)**

- a. COMPTE CHÈQUES
- b. COMPTE ÉPARGNE
- c. FONDS DU MARCHÉ MONÉTAIRE/ FONDS COMMUN
- d. AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)
- e. POLICE D'ASSURANCE-VIE (À ÉCHÉANCE DÉTERMINÉE)
- f. POLICE D'ASSURANCE-VIE (PERMANENTE)
- g. IMMOBILIER, MAISON, COOPÉRATIVE OU COPROPRIÉTÉ (PROPRIÉTÉ DÉTENU COMME INVESTISSEMENT)
- h. ACTIONS
- i. FONDS FIDUCIAIRE
- j. 401K/ IRA/ ROTH IRA (COMPTE DE RETRAITE)
- k. OBLIGATIONS

5. VALEUR ACTUELLE

\$,

6. TAUX D'INTÉRÊT (LE CAS ÉCHÉANT)

7. INTÉRÊTS RAPPORTÉS PAR L'ACTIF

8. NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

9. Si vous avez coché immobilier, maison, coopérative ou copropriété ci-dessus, veuillez répondre aux questions 10 et 11 ci-dessous, et envoyer une déclaration signée pour chaque propriété qui indique les informations suivantes : type de propriété, adresse, pourcentage détenu, date d'achat, prix d'achat d'origine, montant des emprunts existants et nom de l'institution prêteuse, valeur actuelle, et revenu, le cas échéant, pour l'année écoulée.

10. POURCENTAGE (%) DÉTENU

11. REVENU DE LA PROPRIÉTÉ CES 12 DERNIERS MOIS

\$, .

A. AVEZ-VOUS VENDU OU DONNÉ, AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES, DES ACTIFS POUR UN MONTANT DE PLUS DE 1 000 \$?

1. OUI* 2. NON

*3. SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS. SINON, PASSEZ CETTE SECTION.

4. TYPE D'ACTIF

5. DATE DE DON OU DE VENTE



E. POUR LES MEMBRES DU MÉNAGE DE MOINS DE 13 ANS

1. MINEUR N° 1 : TYPE DE MODIFICATION

POUR LES MEMBRES DU MÉNAGE DE MOINS DE 13 ANS

Form fields for modification type: a. NOUVELLES OU AUGMENTATION DES DÉPENSES, b. DIMINUTION DES DÉPENSES

Form field for end date of expenses: c. FIN DES DÉPENSES : DATE DE FIN (mm/jj/aaaa)

2. MINEUR N° 1 - NOM

Name input field for minor 1

3. PRÉNOM

First name input field for minor 1

4. INITIALE 2E PRÉNOM

Second name initial input field for minor 1

5. FRAIS DE GARDE TOTAUX POUR L'ENFANT

Total care fees input field for minor 1

- Frequency options: a. Hebdomadaires, b. Bihebdomadaires, c. Mensuels, d. Bimensuels, e. Annuels

6. SI UNE PARTIE DES FRAIS DE GARDE EST REMBOURSÉE, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LE MONTANT TOTAL DES FRAIS DE GARDE REMBOURSÉS.

Reimbursed care fees input field for minor 1

- Frequency options: a. Hebdomadaires, b. Bihebdomadaires, c. Mensuels, d. Bimensuels, e. Annuels

7. NOM DE L'ORGANISME DE GARDE OU DU FOURNISSEUR DE SERVICES DE GARDE

Care provider name input field for minor 1

8. N° DE TÉLÉPHONE DE L'ORGANISME/ DU FOURNISSEUR

Care provider phone number input field for minor 1

9. ADRESSE DE L'ORGANISME/ DU FOURNISSEUR

Care provider address input field for minor 1

City, state, and postal code input fields for minor 1

1. MINEUR N° 2 : TYPE DE MODIFICATION

POUR LES MEMBRES DU MÉNAGE DE MOINS DE 13 ANS

Form fields for modification type: a. NOUVEAU OU AUGMENTATION DES DÉPENSES, b. DIMINUTION DES DÉPENSES

Form field for end date of expenses: c. FIN DES DÉPENSES : DATE DE FIN (mm/jj/aaaa)

2. MINEUR N° 1 - NOM

Name input field for minor 2

3. PRÉNOM

First name input field for minor 2

4. INITIALE 2E PRÉNOM

Second name initial input field for minor 2

5. FRAIS DE GARDE TOTAUX POUR L'ENFANT

Total care fees input field for minor 2

- Frequency options: a. Hebdomadaires, b. Bihebdomadaires, c. Mensuels, d. Bimensuels, e. Annuels

6. SI UNE PARTIE DES FRAIS DE GARDE EST REMBOURSÉE, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LE MONTANT TOTAL DES FRAIS DE GARDE REMBOURSÉS.

Reimbursed care fees input field for minor 2

- Frequency options: a. Hebdomadaires, b. Bihebdomadaires, c. Mensuels, d. Bimensuels, e. Annuels

7. NOM DE L'ORGANISME DE GARDE OU DU FOURNISSEUR DE SERVICES DE GARDE

Care provider name input field for minor 2

8. N° DE TÉLÉPHONE DE L'ORGANISME/ DU FOURNISSEUR

Care provider phone number input field for minor 2

9. ADRESSE DE L'ORGANISME/ DU FOURNISSEUR

Care provider address input field for minor 2

City, state, and postal code input fields for minor 2



F. MODIFICATION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ

VEUILLEZ INDIQUER LES TYPES DE MODIFICATIONS DE VOS FRAIS MÉDICAUX NON REMBOURSÉS, Y COMPRIS LES ÉVENTUELLES PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE DANS L'ESPACE PRÉVU CI-DESSOUS POUR CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE. TOUS LES FRAIS SONT ÉNUMÉRÉS SUR LE FORMULAIRE HOH.

1. TYPE DE MODIFICATION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ N° 1 :

- a. NOUVEAUX OU AUGMENTATION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ
- b. DIMINUTION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ

c. FIN DES DÉPENSES : DATE DE FIN

(mm/jj/aaaa)

2. FRAIS N° 1 NOM

3. PRÉNOM

4. INITIALE 2E PRÉNOM

5. TYPE DE FRAIS MÉDICAUX

6. MONTANT DES FRAIS MÉDICAUX NON REMBOURSÉS

\$, .

a. Hebdomadaire b. Bihebdomadaire c. Mensuel d. Bimensuel e. Annuel

1. TYPE DE MODIFICATION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ N° 2 :

- a. NOUVEAUX OU AUGMENTATION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ
- b. DIMINUTION DES FRAIS MÉDICAUX/ D'INVALIDITÉ

c. FIN DES DÉPENSES : DATE DE FIN

(mm/jj/aaaa)

2. FRAIS N° 2 NOM

3. PRÉNOM

4. INITIALE 2E PRÉNOM

5. TYPE DE FRAIS MÉDICAUX

6. MONTANT DES FRAIS MÉDICAUX NON REMBOURSÉS

\$, .

a. Hebdomadaire b. Bihebdomadaire c. Mensuel d. Bimensuel e. Annuel

G. CERTIFICATION DU LOCATAIRE À FAIRE SIGNER PAR LE CHEF DU MÉNAGE

1. Je certifie que les informations données à l'Autorité du logement de la ville de New York (New York City Housing Authority) dans ce document et dans les pièces justificatives sont, à ma connaissance, complètes et exactes. Je comprends et reconnais que la remise de fausses déclarations ou informations constitue un délit punissable par les lois fédérales et locales. Je comprends également que toute fausse déclaration ou information représente un motif de résiliation de l'aide au logement. En outre, j'ai lu, ou quelqu'un m'a lu la déclaration ci-dessus.

a. Nom en majuscules du chef du ménage (Locataire)

b. Signature du chef du ménage (Locataire)

c. Date de la signature

(mmjjaaaa)



