

L'admissibilité aux prestations d'assistance sociale est réévaluée chaque mois. Si vous avez encore besoin d'aide le mois suivant, vous devez présenter **une autre demande** en utilisant le présent formulaire.

Vous devez répondre à toutes les questions. Assurez-vous de **remplir les deux côtés du formulaire**, de le signer et d'indiquer la date. Si vous avez un conjoint (quelqu'un avec qui vous habitez en couple, peu importe si vous êtes mariés ou non), **cette personne doit aussi signer le formulaire et indiquer la date.**

Le versement des prestations pourrait être retardé si la demande est déposée après le 15<sup>e</sup> jour du mois, si elle est incomplète ou si elle n'est pas accompagnée de toutes les pièces justificatives requises.

Si votre situation n'est plus la même (ex. déménagement, changement du nombre de personnes qui vivent avec vous, nouveau numéro de téléphone, etc.) veuillez prendre rendez-vous avec votre travailleur social.

Échéancier des demandes		
Pour recevoir une aide financière en...	Faites votre demande vers le...	Déclarez toutes les sommes reçues entre...
janvier	1 <sup>er</sup> décembre	le 1 <sup>er</sup> et le 30 novembre
février	1 <sup>er</sup> janvier	le 1 <sup>er</sup> et le 31 décembre
mars	1 <sup>er</sup> février	le 1 <sup>er</sup> et le 31 janvier
avril	1 <sup>er</sup> mars	le 1 <sup>er</sup> et le 28 février
mai	1 <sup>er</sup> avril	le 1 <sup>er</sup> et le 31 mars
juin	1 <sup>er</sup> mai	le 1 <sup>er</sup> et le 30 avril
juillet	1 <sup>er</sup> juin	le 1 <sup>er</sup> et le 31 mai
août	1 <sup>er</sup> juillet	le 1 <sup>er</sup> et le 30 juin
septembre	1 <sup>er</sup> août	le 1 <sup>er</sup> et le 31 juillet
octobre	1 <sup>er</sup> septembre	le 1 <sup>er</sup> et le 31 août
novembre	1 <sup>er</sup> octobre	le 1 <sup>er</sup> et le 30 septembre
décembre	1 <sup>er</sup> novembre	le 1 <sup>er</sup> et le 31 octobre

Renseignements sur le demandeur		
Prénom et nom		
Date de naissance AAAA/MM/JJ	Téléphone	N° de dossier
Prénom et nom du conjoint		
Êtes-vous entré en possession ou vous êtes-vous départi d'actifs quelconques durant la période évaluée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez préciser : _____		
_____		
_____		
_____		

Tous les revenus que vous ou les membres de votre famille avez touchés doivent être déclarés chaque mois. Des pièces justificatives (ex. relevés de paie, talons de chèques, relevés bancaires, factures) doivent être fournies avec le présent formulaire pour tout revenu déclaré. Veuillez préciser le type de revenu et la date dans la colonne des commentaires.

<b>Déclaration de revenus</b>				
<b>Inscrivez « aucun » ou « 0 » si vous n'avez pas eu de revenus.</b>				
	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfant à charge</b>	<b>Commentaires</b>
Bourse d'études, d'excellence ou de recherche	\$	\$	\$	
Virements	\$	\$	\$	
Virements par courriel	\$	\$	\$	
Revenu d'emploi	\$	\$	\$	
Assurance-emploi	\$	\$	\$	
Revenus de succession ou de fiducie	\$	\$	\$	
Cadeaux	\$	\$	\$	
Pourboires	\$	\$	\$	
Remboursement d'impôt	\$	\$	\$	
Revenu de placement	\$	\$	\$	
Prêt ou remboursement de prêt	\$	\$	\$	
Gains de loterie et prix	\$	\$	\$	
Paiements forfaitaires (ex. assurance)	\$	\$	\$	
Pension alimentaire – enfant	\$	\$	\$	
Dépôts bancaires (divers)	\$	\$	\$	
Pensions	\$	\$	\$	
Revenus de location	\$	\$	\$	
Redevances et dividendes	\$	\$	\$	
Pension alimentaire – conjoint	\$	\$	\$	
Allocation de formation	\$	\$	\$	
Indemnités d'accident de travail	\$	\$	\$	
Autre	\$	\$	\$	
Les revenus ci-dessous doivent être déclarés chaque mois, mais ils ne seront pas ajoutés à votre budget mensuel.				
Allocation canadienne pour enfants	\$	\$		
Crédit d'impôt pour personnes handicapées	\$	\$	\$	
TPS	\$	\$	\$	

Je suis/Nous sommes conscient(s) que faire une déclaration fautive ou trompeuse dans ma/notre demande d'assistance sociale constitue une infraction au *Code criminel du Canada* pouvant entraîner une inculpation.

Commentaires

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint

\_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

\_\_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

Date

Date

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, visitez le <http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php> ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à [healthprivacy@yukon.ca](mailto:healthprivacy@yukon.ca)