



**FONDS D'AIDE AU LOGEMENT (FAL)  
Formulaire de demande**

Le Fonds d'aide au logement (FAL) vise à prévenir l'itinérance en répondant aux besoins de logement urgents des résidents à faible revenu des Comtés unis de Prescott et Russell (CUPR). Les personnes à faible revenu qui ne reçoivent pas des prestations d'Ontario au travail (OAT) ou du Programme ontarien pour les personnes handicapées (POSPH), doivent avoir un revenu après impôt égal ou inférieur à la ligne 23600 de la Mesure de faible revenu (MFR) de Statistiques Canada :

Taille de la famille :

- Personne seule .....26,503\$
- 2 personnes .....37,480\$
- 3 personnes.....45,904\$
- 4 personnes.....53,005\$
- 5 personnes et plus .....59,261\$

Ces personnes peuvent recevoir de l'aide avec les numéros 1, 2 et 3 seulement, alors que les clients OAT et POSPH peuvent recevoir de l'aide avec **tous** les bénéfices suivants :

**Veillez indiquer en cochant (✓) l'aide que vous demandez :**

1.  **Arriérés d'énergie** (complétez la section 1) *résidents à faible revenu ; clients OAT/POSPH*
2.  **Arriérés de loyer** (complétez la section 2) *résidents à faible revenu ; clients OAT/POSPH*
3.  **Réparations mineures de la maison** (complétez la section 3) *résidents à faible revenu ; clients OAT/POSPH*
4.  **Dernier mois de loyer** (complétez la section 4) *clients OAT/POSPH seulement*
5.  **Frais de déménagement** (complétez la section 5) *clients OAT/POSPH seulement*
6.  **Autres nécessités** (complétez la section 6) *clients OAT/POSPH seulement*

<b>Nom du demandeur</b> (nom de famille/prénom)	<b>Date de naissance</b> (j/m/année)

<b>Nom du co-demandeur</b> (nom de famille/prénom)	<b>Date de naissance</b> (j/m/année)

Nom des personnes à charge	Lien de parenté	Âge

<b>Adresse complète</b>	<b># tél.</b>	<b>Courriel</b>	<b># cell.</b>

**Coûts mensuels actuels de logement (\$)**

<b>Loyer</b>	<b>Chauffage</b>	<b>Hypothèque</b>	<b>Eau</b>	<b>Hydro</b>	<b>Taxes</b>

**Sources de revenus** (svp, cochez)

- POSPH     OAT     pension RPC/SV     emploi     autre \_\_\_\_\_

**Veillez fournir une brève explication des circonstances qui ont conduit à votre situation :**

**1 : ARRIÉRÉS D'ÉNERGIE**

Nom du fournisseur : # du compte :  
Avis de débranchement (fournir une copie) : Montant dû (fournir une copie de la dernière facture)

**2 : ARRIÉRÉS DE LOYER \*\*partage du logement avec propriétaire ou famille ne sera pas accepté**

Nom du propriétaire : # de tél. :  
N4 ou avis d'expulsion (fournir une copie) : Montant dû :

**3 : RÉPARATIONS MINEURES DE LA MAISON (max. de 500 \$)**

Article à réparer : Coûts (fournir une estimation) :

**4 : DERNIER MOIS DE LOYER \*\*partage du logement avec propriétaire ou famille ne sera pas accepté**

Nouvelle adresse complète :  
Nouveaux frais mensuels (fournir une copie du bail) :  
Loyer : Hydro :  
Chauffage : Eau :  
Nom du propriétaire : # de tél. :

**5 : FRAIS DE DÉMÉNAGEMENT (max. de 300 \$)**

Nom du déménageur : Coûts (fournir une estimation) :

**6 : AUTRES NÉCESSITÉS (max. de 500 \$)**

Article demandé : Coûts (fournir une estimation) :

**Votre demande doit aussi inclure les documents suivants : (sauf les clients OAT et POSPH)**

- pièce d'identité avec photo pour demandeur et co-demandeur**
- copie du plus récent Avis de cotisation de Revenu Canada ou**
  - o toutes les sources de revenus (talon de paie, les pensions RPC/SV, etc.) et
  - o un relevé bancaire actuel ou des transactions bancaires pour un mois complet

**Déclaration et consentement**

1. Je comprends/nous comprenons que le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas l'approbation d'une aide et qu'une décision peut prendre jusqu'à cinq (5) jours ouvrables.
2. Je certifie/nous certifions que les informations fournies sont correctes.
3. Je consens/nous consentons à ce que les CUPR échangent des informations avec d'autres agences de services communautaires, des propriétaires, des sociétés de services publics ou d'autres organisations et personnes qui aident à remplir cette demande.
4. Je comprends/nous comprenons que des informations peuvent être demandées, divulguées ou échangées verbalement et (ou) par écrit.

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

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature du co-demandeur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Pour plus d'informations ou pour soumettre votre demande, voir ci-dessous :**

Tél. : 613-675-4661/1-800-667-6307  
Fax : 1-877-844-9797  
Courriel : [LSS@prescott-russell.on.ca](mailto:LSS@prescott-russell.on.ca)  
Poste : 59, rue Court, C.P. 303, L'Original ON K0B 1K0  
Boîte : à l'extérieur (Services sociaux), située au 59, rue Court, L'Original