

Attestation du propriétaire

Département des services sociaux du Comté de _____

Nom _____ Identification du dossier FSIS : _____
Adresse _____ N° de l'agent : _____
Date : _____
Objet : _____

Cher/chère propriétaire :

Afin de déterminer l'éligibilité aux allocations des Services d'alimentation et de nutrition de la personne nommée ci-dessus, je dois vérifier certains faits à propos des conditions de logement du ménage, du revenu et d'autres circonstances. Veuillez compléter ce qui suit :

1. Enumérez les personnes qui vivent dans le foyer avec la personne citée ci-dessus.
- | | |
|-----------|-----------|
| (1) _____ | (5) _____ |
| (2) _____ | (6) _____ |
| (3) _____ | (7) _____ |
| (4) _____ | (8) _____ |

2. Parmi les personnes nommées ci-dessus, est-ce que certaines ont un emploi ? Oui Non
- Si c'est le cas, qui a un emploi ? _____
 - Où travaille cette personne ? _____

3. À combien s'élève le loyer du ménage ? _____ \$ par mois ; ou _____ \$ par semaine.
- Est-ce que la section 8 ou le Département du logement et du développement urbain des États-Unis (Département of Housing and Urban Development, HUD) paie une partie du loyer ci-dessus ?
 Oui Non Si Oui, combien paie-t-il ? _____ \$

4. Est-ce que le HUD/Section 8 ou une autre agence paie les dépenses utilitaires ? Oui Non
- Si OUI, de quelle dépense utilitaire s'agit-il ? _____ • Quel est le montant du chèque ? _____

5. Quel type de fioul est utilisé pour chauffer la maison ? _____ La maison est-elle équipée d'air climatisé ? Oui Non

Signature du propriétaire : _____ N° de téléphone : _____

Merci de votre aide. Veuillez me renvoyer ce formulaire avant le _____.

Signature de l'agent de traitement de dossiers