



**Bienvenue à DYCD!** Ce formulaire vous permet ou à votre enfant, de postuler à un programme DYCD. Vous ne pouvez soumettre qu'une seule candidature par personne et par emplacement. La soumission d'un formulaire ne garantit pas l'éligibilité ou l'inscription au programme et nous pouvons vous demander plus d'informations pour voir si vous êtes éligible. S'il est accepté, le programme ne vous coûtera rien. Nous collectons certaines informations telles que le *Sexe, la race, l'origine ethnique, la langue, et la Situation d'assurance* maladie à des fins de planification uniquement. Vos réponses à ces questions n'affecteront pas votre statut d'avantages ou de services et ne seront pas partagées en dehors de DYCD sans votre autorisation. Le *Revenu, les informations sur le ménage et le Statut d'études/travail* peuvent affecter l'éligibilité à certains programmes. La collecte de vos informations aide DYCD à voir qui bénéficie de nos programmes. Cela nous aide à améliorer nos programmes et permet à DYCD de continuer à apporter aux communautés le soutien dont elles ont besoin.

## Partie I : Informations sur le candidat

Aux fins de la présente demande, *candidat* désigne la personne qui reçoit les services. **Veillez en sélectionner un :**

- Je remplis cette demande pour **moi-même**       Je suis un parent ou un tuteur qui remplis cette demande **pour mon enfant**  
 Je suis un parent/non parent et je remplis cette demande **au nom du Candidat**

<b>Nom complet du candidat :</b>	<b>Prénom du Candidat :</b>	<b>MI :</b>	<b>Date de naissance du Candidat (MM/JJ/ANNÉE) :</b>
----------------------------------	-----------------------------	-------------	--

<b>Adresse principale du Candidat (Numéro et Rue) :</b>	<b>Numéro de l'Appartement du candidat :</b>
---	--

<b>Ville du Candidat :</b>	<b>Code postal :</b>
----------------------------	----------------------

<b>Pays d'origine du candidat :</b>  _____	<b>Identité de Genre du Candidat</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :  <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire (ni Féminin ni Masculin) <input type="checkbox"/> Non-conformité de Genre <input type="checkbox"/> Bi spirituel (Amérindien/Premières Nations) <input type="checkbox"/> Un autre Genre : _____ <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Je ne comprends pas la question <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	<b>Orientation sexuelle du Candidat :</b>  <input type="checkbox"/> Hétérosexuel (hétéro) <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Pansexuel <input type="checkbox"/> Asexué <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Questionnement <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Une autre Orientation Sexuelle : _____ <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
<b>Sexe du Candidat à la naissance</b> (Sélectionnez-en un) :  <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> X (ni homme ni femme) <input type="checkbox"/> Pas Certain		

<b>Pronom de Genre du Candidat :</b>  <input type="checkbox"/> Elle/Sa/Sienne <input type="checkbox"/> Il/Lui/Son <input type="checkbox"/> Ils/Eux/Leurs <input type="checkbox"/> Un autre Pronom : _____ <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	<b>Race/origine Ethnique du Candidat</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :  <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique et natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latin/e/a/o <input type="checkbox"/> Moyen-Orient/Afrique du Nord <input type="checkbox"/> Originaire d'Hawaï et d'autres insulaires du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc ou Caucasien <input type="checkbox"/> Autres : _____	<b>Le Candidat s'identifie-t-il comme transgenre ?</b> (Sélectionnez-en un) :  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas Certain <input type="checkbox"/> Je ne comprends pas la question <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
--	---	---



<p><b>Si vous êtes d'origine asiatique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chinois</td> <td><input type="checkbox"/> Indonésien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> <td><input type="checkbox"/> Malaisien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Philippin</td> <td><input type="checkbox"/> Pakistanais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nord-Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Sri lankais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sud-Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Taïwanais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Népalais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asiatique Indien</td> <td><input type="checkbox"/> Birmane</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laotien</td> <td><input type="checkbox"/> Tibétain</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cambodgien</td> <td><input type="checkbox"/> Thaïlandais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bangladais</td> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hmong</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Indonésien	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Malaisien	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Pakistanais	<input type="checkbox"/> Nord-Coréen	<input type="checkbox"/> Sri lankais	<input type="checkbox"/> Sud-Coréen	<input type="checkbox"/> Taïwanais	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Népalais	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Birmane	<input type="checkbox"/> Laotien	<input type="checkbox"/> Tibétain	<input type="checkbox"/> Cambodgien	<input type="checkbox"/> Thaïlandais	<input type="checkbox"/> Bangladais	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Hmong	_____	<p><b>Si vous êtes originaire d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hawaïen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Guamanien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Samoan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fidjien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tongien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hawaïen	<input type="checkbox"/> Guamanien	<input type="checkbox"/> Chamorro	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Fidjien	<input type="checkbox"/> Tongien	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<p><b>Si vous êtes d'origine hispanique ou Latin/e/a/o, veuillez sélectionner parmi les éléments suivants</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mexicain, Mexicain Américain, Chicana/o</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portoricain</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cubain</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dominicain</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amérique Centrale (y compris Salvadorien, Guatémaltèque, Hondurienne, etc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sud-américain (y compris Équatorien, Colombien, Vénézuélien, Panaméen, etc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Un autre Hispanique, Latin/e/a/o, Espagnol</td> </tr> <tr> <td>Origine : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Mexicain, Mexicain Américain, Chicana/o	<input type="checkbox"/> Portoricain	<input type="checkbox"/> Cubain	<input type="checkbox"/> Dominicain	<input type="checkbox"/> Amérique Centrale (y compris Salvadorien, Guatémaltèque, Hondurienne, etc.)	<input type="checkbox"/> Sud-américain (y compris Équatorien, Colombien, Vénézuélien, Panaméen, etc.)	<input type="checkbox"/> Un autre Hispanique, Latin/e/a/o, Espagnol	Origine : _____																																				
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Indonésien																																																																										
<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Malaisien																																																																										
<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Pakistanais																																																																										
<input type="checkbox"/> Nord-Coréen	<input type="checkbox"/> Sri lankais																																																																										
<input type="checkbox"/> Sud-Coréen	<input type="checkbox"/> Taïwanais																																																																										
<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Népalais																																																																										
<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Birmane																																																																										
<input type="checkbox"/> Laotien	<input type="checkbox"/> Tibétain																																																																										
<input type="checkbox"/> Cambodgien	<input type="checkbox"/> Thaïlandais																																																																										
<input type="checkbox"/> Bangladais	<input type="checkbox"/> Autres : _____																																																																										
<input type="checkbox"/> Hmong	_____																																																																										
<input type="checkbox"/> Hawaïen																																																																											
<input type="checkbox"/> Guamanien																																																																											
<input type="checkbox"/> Chamorro																																																																											
<input type="checkbox"/> Samoan																																																																											
<input type="checkbox"/> Fidjien																																																																											
<input type="checkbox"/> Tongien																																																																											
<input type="checkbox"/> Autres : _____																																																																											
<input type="checkbox"/> Mexicain, Mexicain Américain, Chicana/o																																																																											
<input type="checkbox"/> Portoricain																																																																											
<input type="checkbox"/> Cubain																																																																											
<input type="checkbox"/> Dominicain																																																																											
<input type="checkbox"/> Amérique Centrale (y compris Salvadorien, Guatémaltèque, Hondurienne, etc.)																																																																											
<input type="checkbox"/> Sud-américain (y compris Équatorien, Colombien, Vénézuélien, Panaméen, etc.)																																																																											
<input type="checkbox"/> Un autre Hispanique, Latin/e/a/o, Espagnol																																																																											
Origine : _____																																																																											
<p><b>Dans quelle mesure le candidat parle-t-il anglais ?</b> (Sélectionnez-en Un) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Courant/Très bien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas bien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas bien du tout</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Courant/Très bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Pas bien	<input type="checkbox"/> Pas bien du tout	<p><b>Langue principale du Candidat</b> (Sélectionnez-en Une) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anglais</td> <td><input type="checkbox"/> Albanais</td> <td><input type="checkbox"/> Arabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengali</td> <td><input type="checkbox"/> Chinois*</td> <td><input type="checkbox"/> Français</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> <td><input type="checkbox"/> Allemand</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Créole haïtien</td> <td><input type="checkbox"/> Hébreu</td> <td><input type="checkbox"/> Hindi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hongrois</td> <td><input type="checkbox"/> Italien</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mandé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> Persan</td> <td><input type="checkbox"/> Polonais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugais</td> <td><input type="checkbox"/> Roumain</td> <td><input type="checkbox"/> Russe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espagnol</td> <td><input type="checkbox"/> Tagalog</td> <td><input type="checkbox"/> Turc</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ourdou</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Yiddish</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><i>*y compris le Cantonais et le Mandarin</i></p>	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Albanais	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Chinois*	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Créole haïtien	<input type="checkbox"/> Hébreu	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Hongrois	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persan	<input type="checkbox"/> Polonais	<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Roumain	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Tagalog	<input type="checkbox"/> Turc	<input type="checkbox"/> Ourdou	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Yiddish	<input type="checkbox"/> Autres : _____			<p><b>Autres langues parlées par le Candidat</b> (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anglais</td> <td><input type="checkbox"/> Albanais</td> <td><input type="checkbox"/> Arabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bengali</td> <td><input type="checkbox"/> Chinois*</td> <td><input type="checkbox"/> Français</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fulani</td> <td><input type="checkbox"/> Gujarati</td> <td><input type="checkbox"/> Allemand</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Créole haïtien</td> <td><input type="checkbox"/> Hébreu</td> <td><input type="checkbox"/> Hindi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hongrois</td> <td><input type="checkbox"/> Italien</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba</td> <td><input type="checkbox"/> Mandé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punjabi</td> <td><input type="checkbox"/> Persan</td> <td><input type="checkbox"/> Polonais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Portugais</td> <td><input type="checkbox"/> Roumain</td> <td><input type="checkbox"/> Russe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espagnol</td> <td><input type="checkbox"/> Tagalog</td> <td><input type="checkbox"/> Turc</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ourdou</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Yiddish</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Sans objet (une seule langue parlée par le candidat)</td> </tr> </table> <p><i>*y compris le Cantonais et le Mandarin</i></p>	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Albanais	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Chinois*	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Créole haïtien	<input type="checkbox"/> Hébreu	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Hongrois	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persan	<input type="checkbox"/> Polonais	<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Roumain	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Tagalog	<input type="checkbox"/> Turc	<input type="checkbox"/> Ourdou	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Yiddish	<input type="checkbox"/> Autres : _____			<input type="checkbox"/> Sans objet (une seule langue parlée par le candidat)		
<input type="checkbox"/> Courant/Très bien																																																																											
<input type="checkbox"/> Bien																																																																											
<input type="checkbox"/> Pas bien																																																																											
<input type="checkbox"/> Pas bien du tout																																																																											
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Albanais	<input type="checkbox"/> Arabe																																																																									
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Chinois*	<input type="checkbox"/> Français																																																																									
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Allemand																																																																									
<input type="checkbox"/> Créole haïtien	<input type="checkbox"/> Hébreu	<input type="checkbox"/> Hindi																																																																									
<input type="checkbox"/> Hongrois	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Japonais																																																																									
<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé																																																																									
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persan	<input type="checkbox"/> Polonais																																																																									
<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Roumain	<input type="checkbox"/> Russe																																																																									
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Tagalog	<input type="checkbox"/> Turc																																																																									
<input type="checkbox"/> Ourdou	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Yiddish																																																																									
<input type="checkbox"/> Autres : _____																																																																											
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Albanais	<input type="checkbox"/> Arabe																																																																									
<input type="checkbox"/> Bengali	<input type="checkbox"/> Chinois*	<input type="checkbox"/> Français																																																																									
<input type="checkbox"/> Fulani	<input type="checkbox"/> Gujarati	<input type="checkbox"/> Allemand																																																																									
<input type="checkbox"/> Créole haïtien	<input type="checkbox"/> Hébreu	<input type="checkbox"/> Hindi																																																																									
<input type="checkbox"/> Hongrois	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Japonais																																																																									
<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Kru, Ibo ou Yoruba	<input type="checkbox"/> Mandé																																																																									
<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Persan	<input type="checkbox"/> Polonais																																																																									
<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Roumain	<input type="checkbox"/> Russe																																																																									
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Tagalog	<input type="checkbox"/> Turc																																																																									
<input type="checkbox"/> Ourdou	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Yiddish																																																																									
<input type="checkbox"/> Autres : _____																																																																											
<input type="checkbox"/> Sans objet (une seule langue parlée par le candidat)																																																																											
<p><b>Le candidat présente-t-il l'un des éléments suivants :</b></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td>Une personne handicapée ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Refuser de répondre</td> </tr> <tr> <td>Parent/Tuteur légal ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Délinquant/justice impliquée ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Participant au Placement Familial ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Jeunes en fuite ou sans-abri ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Vétérant ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Personnel Militaire Actif ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Victime de Violences Domestiques ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Victime de la Traite des êtres Humains ?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	Une personne handicapée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Refuser de répondre	Parent/Tuteur légal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Délinquant/justice impliquée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Participant au Placement Familial ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Jeunes en fuite ou sans-abri ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vétérant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personnel Militaire Actif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Victime de Violences Domestiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Victime de la Traite des êtres Humains ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p><b>Si le candidat est une personne handicapée,, veuillez sélectionner le(s) type(s) de handicap</b> ( Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience cognitive</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lié à l'audition</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mentale/Psychiatrique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> État de Santé Physique/Chronique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience Physique/Mobilité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Liés à la vision</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Refuser de répondre</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Déficience cognitive	<input type="checkbox"/> Lié à l'audition	<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Mentale/Psychiatrique	<input type="checkbox"/> État de Santé Physique/Chronique	<input type="checkbox"/> Déficience Physique/Mobilité	<input type="checkbox"/> Liés à la vision	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre	<p><b>Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez servi dans les forces armées, la garde nationale ou les réserves des États-Unis ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p><b>Si oui, souhaiteriez-vous, vous ou un membre de votre foyer, être contacté par le Département des Services aux Anciens Combattants de New York ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																																												
Une personne handicapée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre																																																																										
Parent/Tuteur légal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Délinquant/justice impliquée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Participant au Placement Familial ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Jeunes en fuite ou sans-abri ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Vétérant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Personnel Militaire Actif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Victime de Violences Domestiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
Victime de la Traite des êtres Humains ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																																										
<input type="checkbox"/> Déficience cognitive																																																																											
<input type="checkbox"/> Lié à l'audition																																																																											
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage																																																																											
<input type="checkbox"/> Mentale/Psychiatrique																																																																											
<input type="checkbox"/> État de Santé Physique/Chronique																																																																											
<input type="checkbox"/> Déficience Physique/Mobilité																																																																											
<input type="checkbox"/> Liés à la vision																																																																											
<input type="checkbox"/> Autres : _____																																																																											
<input type="checkbox"/> Refuser de répondre																																																																											



**Comment avez-vous entendu parler du ou des programmes DYCD auxquels vous postulez ?** (Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Publicité:                                 | <input type="checkbox"/> Référé par une agence gouvernementale   |
| <input type="checkbox"/> Appeler le 311:                            | <input type="checkbox"/> Référé par un autre organisme où je recevais des services (c.-à-d. gestion de cas, centre pour personnes âgées, refuge, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Découvrir DYCD:                            | <input type="checkbox"/> École   |
| <input type="checkbox"/> Connexion Communautaire DYCD:              | <input type="checkbox"/> Foire de rue, événement spécial ou sensibilisation de rue   |
| <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux DYCD                       | <input type="checkbox"/> Site Web (veuillez préciser lequel) _____   |
| <input type="checkbox"/> Membre de la famille, ami ou voisin        | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille  |
| <input type="checkbox"/> Maison de culte                            | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____   |
| <input type="checkbox"/> Médias (journaux, radio, télévision, etc.) |  |

## Partie II: Candidat (ou parent/tuteur) Coordonnées

- Les coordonnées ci-dessous sont destinées au candidat  Les coordonnées ci-dessous concernent le parent/tuteur

<b>Nom :</b>	<b>Numéro de Téléphone</b>	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
<b>Adresse E-mail (requis) :</b>	<b>Méthode de Contact Préférée :</b> <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier Américain	

## Partie III : Coordonnées d'Urgence

<b>Nom à Contacter en cas d'Urgence:</b>	<b>Numéro de Téléphone Principal du Contact en cas d'Urgence :</b>	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
<b>Adresse E-mail du Contact d'Urgence :</b>	<b>Relation entre la Personne à Contacter en cas d'urgence et le Candidat :</b> <input type="checkbox"/> La personne à contacter en cas d'urgence est le parent/tuteur du demandeur.	

## Partie IV : Statut d'études/de Travail du Candidat

<b>Type d'école du candidat</b> (Sélectionnez une) :  <input type="checkbox"/> Étudiant à Plein Temps** <input type="checkbox"/> Étudiant à Temps Partiel** <input type="checkbox"/> Pas à l'école***	<b>**Si le candidat est un Étudiant à temps partiel ou un Étudiant à temps plein : Veuillez sélectionner le niveau d'étude actuel du candidat (Sélectionnez-en un) :</b> <b>***Si le candidat n'est Pas à l'école : Veuillez sélectionner la dernière note obtenue par le candidat (Sélectionnez-en une) :</b>						
	<b>Statut professionnel actuel du candidat</b> (Sélectionnez-en un) :  <input type="checkbox"/> Employé à Plein Temps <input type="checkbox"/> Employé à Mi-Temps <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Chômeur (Court terme, 6 mois ou moins) <input type="checkbox"/> Chômeur (Long terme, plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> Chômeur (Pas sur le marché du travail) <input type="checkbox"/> Travailleur Agricole Saisonnier Migrant <input type="checkbox"/> Sans objet (Le Candidat a moins de 14 ans)	<b>École Primaire</b> <input type="checkbox"/> Pré-K <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup>	<b>École Intermédiaire</b> <input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 7 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 8 <sup>ème</sup>	<b>Ecole Secondaire</b> <input type="checkbox"/> 9 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 10 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 11 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 12 <sup>ème</sup>	<b>Collège Communautaire</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> Année <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> Année <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> Année <input type="checkbox"/> 4 <sup>me</sup> Année	<b>École Professionnelle/de Métiers</b> <input type="checkbox"/> Certains Crédits D'études Professionnelles ou de Métiers, mais aucun certificat ou diplôme obtenu	<input type="checkbox"/> Diplôme D'études Secondaires Obtenu <input type="checkbox"/> Obtention de L'équivalence D'études Secondaires
	<b>Collège/Université de 4 ans</b> <input type="checkbox"/> Étudiant de première année <input type="checkbox"/> Étudiant en deuxième année					<input type="checkbox"/> Obtention d'un certificat ou d'un diplôme d'une école professionnelle ou de métiers	<input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Senior
	<b>Une Maîtrise</b> <input type="checkbox"/> Certains Crédits de Maîtrise, mais aucun Diplôme Obtenu					<input type="checkbox"/> Diplôme Maîtrise Obtenu	
	<b>Diplôme Professionnel</b> <input type="checkbox"/> Con algunos créditos de formación profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD), pero sin título					<input type="checkbox"/> Con título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	
	<b>Doctorat</b> <input type="checkbox"/> Con algunos créditos de doctorado, pero sin título					<input type="checkbox"/> Con título de doctorado	
	<b>Autres</b> <input type="checkbox"/> Con título del extranjero					<input type="checkbox"/> Sin estudios formales	

**Requis pour les étudiants à temps plein:**

<b>ID étudiant/OSIS:</b>	<b>Type d'école :</b> <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Autre _____		
<b>Nom de l'école:</b>	<b>Adresse de l'école:</b>	<b>Ville:</b>	<b>Code postal:</b>

**Partie V: Renseignements sur le ménage**

Pour la prochaine série de questions, **MÉNAGE** est défini comme tout individu ou groupe d'individus (membres de la famille ou non) qui vivent ensemble comme une seule unité économique. **Le REVENU** est défini comme le revenu brut annuel total de tous les membres de la famille et hors famille âgés de 18 ans et plus

<b>Le candidat vit dans un ménage dont le chef est</b> (sélectionnez une réponse) :	<b>Type de logement du candidat</b> (sélectionnez un) :
<input type="checkbox"/> Parent unique - Femme <input type="checkbox"/> Parent unique – Homme <input type="checkbox"/> Parent Unique – Sans Enfants <input type="checkbox"/> Adultes sans lien de parenté avec enfants <input type="checkbox"/> Deux Adultes – Pas d'enfants <input type="checkbox"/> Ménage de Deux Adultes <input type="checkbox"/> Maison Multigénérationnelle <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Posséder <input type="checkbox"/> NYCHA <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Loyer <input type="checkbox"/> Abri <input type="checkbox"/> Sans Abri <input type="checkbox"/> Autre logement permanent

<b>Taille du Ménage du Candidat</b> (Sélectionnez un) :	<b>Revenu Total du Ménage au cours des 12 derniers mois :</b>
<input type="checkbox"/> Un <input type="checkbox"/> Deux <input type="checkbox"/> Trois <input type="checkbox"/> Quatre <input type="checkbox"/> Cinq <input type="checkbox"/> Six <input type="checkbox"/> Sept <input type="checkbox"/> Huit <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Dix <input type="checkbox"/> Onze <input type="checkbox"/> Douze <input type="checkbox"/> Treize <input type="checkbox"/> Quatorze <input type="checkbox"/> Quinze <input type="checkbox"/> Seize <input type="checkbox"/> Dix-Sept <input type="checkbox"/> Dix-Huit <input type="checkbox"/> Dix-Neuf <input type="checkbox"/> Vingt+	\$ _____ (ex. \$45,000)

**Sources de revenu du ménage du Candidat:** (Sélectionnez Tous Ceux qui S'appliquent) :

<input type="checkbox"/> Salaires d'emploi	<input type="checkbox"/> Subvention de la Loi sur les soins abordables	<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire ou Autre Soutien au Conjoint	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants	<input type="checkbox"/> Bon pour la garde d'enfants	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt sur les revenus du travail (CIRT)	<input type="checkbox"/> Crédit d'impôt à l'Emploi
<input type="checkbox"/> Assistance générale	<input type="checkbox"/> Bon Choix de Logement	<input type="checkbox"/> HUD-VASH	<input type="checkbox"/> LIHEAP	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> Logement supervisé permanent	<input type="checkbox"/> Assurance invalidité privée
<input type="checkbox"/> Logement social	<input type="checkbox"/> Filet de sécurité/aide à domicile	<input type="checkbox"/> Revenu de Retraite Provenant de la Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/> Revenu d'Invalidité de la Sécurité Sociale (SSDI)	<input type="checkbox"/> Revenu Supplémentaire de Sécurité (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (PANS)	<input type="checkbox"/> Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)
<input type="checkbox"/> Assurance chômage	<input type="checkbox"/> VA Hors-Service Connecté Handicap Pension	<input type="checkbox"/> VA Service-Connecter Handicap Compensation	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> L'indemnisation des travailleurs	<input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre

**Partie VI : Statut D'assurance Maladie du Candidat**

<b>Le candidat a-t-il une assurance ?</b> (Sélectionnez-en Une) :	<b>Si oui, de quel type d'assurance maladie le candidat dispose-t-il ?</b> (Cochez tous ceux qui s'appliquent)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	<input type="checkbox"/> Aide médicale <input type="checkbox"/> Assurance-maladie des enfants de l'État <input type="checkbox"/> Programme d'assurance-maladie des enfants de l'État <input type="checkbox"/> Soins de santé militaires
<b>Si vous n'avez pas d'assurance maladie, souhaitez-vous être contacté par quelqu'un d'autre pour vous donner des informations sur l'adhésion à l'assurance maladie publique ?</b> (Sélectionnez-en un)	<input type="checkbox"/> Achat-Direct <input type="checkbox"/> Basé sur l'emploi <input type="checkbox"/> Assurance Maladie Nationale pour Enfants pour Adultes <input type="checkbox"/> Refuser de répondre
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refuser de répondre	

**Si vous souhaitez être contacté pour souscrire à l'assurance maladie publique, quel est votre mode de contact préféré ?** (Sélectionnez-en Une):  E-mail  Téléphone  Courrier Américain  Via le fournisseur  Refuser de Répondre



**Veillez répondre aux questions ci-dessous et fournir des détails supplémentaires dans l'espace prévu.**

**De nombreux besoins ou défis de santé peuvent être pris en compte et peuvent ne pas limiter l'inscription au programme.**

**Le candidat a-t-il des allergies ? (nourriture, médicaments, etc.)**  Oui  Non

**Si Oui:** \_\_\_\_\_

**Le candidat a-t-il de l'asthme ?**  Oui  Non

**Le candidat a-t-il des besoins de soins de santé particuliers ?**  Oui  Non

**Si Oui:** \_\_\_\_\_

**Le candidat prend-il des médicaments pour une condition ou une maladie ?**  Oui  Non

**Si Oui:** \_\_\_\_\_

**Y a-t-il des activités auxquelles le candidat ne peut pas participer ?**  Sí  No

**Si Oui:** \_\_\_\_\_

**Veillez fournir ci-dessous tout autre détail sur la santé ou :**

S/O

**Veillez indiquer ci-dessous toute(s) l(es) accommodation(s) que vous demandez pour vous-même/le candidat ou :**

S/O

## Partie VII: Questions supplémentaires sur le CSBG

**Souhaitez-vous être contacté par quelqu'un avec des informations sur les programmes de soutien aux enfants et les arriérés, ainsi que sur la manière de faire ou de recevoir des paiements de soutien aux enfants?**

Oui  Non

**Comment aimeriez-vous être contacté à ce sujet ?**

Via ce fournisseur  E-mail  Téléphone

Courrier Américain

**Souhaitez-vous être contacté par quelqu'un avec des informations sur l'inscription à des programmes gratuits d'éducation financière ou d'assistance fiscale ?**

Oui  Non

**Comment aimeriez-vous être contacté à ce sujet ?**

Via ce fournisseur  E-mail  Téléphone

Courrier Américain

**Est-ce que le demandeur reçoit les services préventifs de l'ACS ?**  Oui  Non

## Partie VIII: Consentements et signatures

### Consentement pour la photographie/vidéographie et l'utilisation d'œuvres originales

En tant que participant inscrit à un programme financé par le DYCD, veuillez noter que de temps à autre, le DYCD et la Ville de New York, ses prestataires sous contrat, agents autorisés, organisations tierces avec lesquelles elle collabore, ou d'autres représentants gouvernementaux (collectivement, les "Parties Autorisées") peuvent être présents pendant les activités du programme et les événements spéciaux associés aux services du programme, à la fois à l'emplacement habituel du programme et lors d'événements hors site. Dans certains cas, ils peuvent photographier, enregistrer des vidéos, interviewer ou autrement enregistrer les participants et leurs familles et amis dans ces programmes. Les images, vidéos et interviews résultantes peuvent être utilisées, avec ou sans le nom du participant, dans des médias imprimés et électroniques tels que des brochures, des livres, des bulletins d'information imprimés et électroniques, des DVD et vidéos, des sites web, des réseaux sociaux et des blogs (collectivement, les "Médias").

J'autorise et permets par la présente aux Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, de photographier et/ou d'enregistrer mon image et celle de mon enfant, mon nom et celui de mon enfant, notre ressemblance et le son de ma voix et de celle de mon enfant lors des activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, et je consens par la présente à ce que les images, vidéos et interviews résultants soient utilisés, sans compensation et sans autre approbation par les Parties Autorisées, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui  Non

Si, au cours de la participation aux activités et événements spéciaux du programme financé par le DYCD, une œuvre originale telle que de l'art, de la musique, de la chorégraphie, de la poésie ou de la prose (collectivement, "Œuvre Originale") est créée par moi ou mon enfant, je consens par la présente à ce que cette Œuvre Originale soit utilisée par les Parties Autorisées, sans compensation et sans autre approbation, uniquement à des fins non lucratives et non commerciales dans tous les Médias.

Oui  Non

### Si le participant a 18 ans et plus:

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom Complet du Participant

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

### Si le participant a moins de 18 ans:

\_\_\_\_\_  
Nom Complet du Participant

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



## Consentement à une Intervention Médicale d'Urgence

### POUR LES PARTICIPANTS ADULTES (DE 18 ANS ET PLUS) :

Je suis inscrit(e) en tant que participant(e) à un programme financé par le Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD). En cas d'urgence médicale, j'accepte, par la présente, que le personnel du fournisseur de ce programme assure toute intervention médicale d'urgence nécessaire en mon nom. J'autorise également le personnel du fournisseur de ce programme à contacter la personne à contacter en cas d'urgence indiquée ci-dessous.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom complet du/de la participant(e)

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la participant(e)

\_\_\_\_\_  
Date

En cas d'urgence médicale, je désigne la personne suivante comme personne à contacter en cas d'urgence :

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne à contacter d'urgence

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant



## POUR LES PARTICIPANTS MINEURS (DE MOINS DE 18 ANS) :

Mon enfant est inscrit(e) en tant que participant(e) à un programme financé par le Département de la Jeunesse et du Développement Communautaire (DYCD). En cas d'urgence médicale, j'accepte, par la présente, que le personnel du fournisseur de ce programme assure toute intervention médicale d'urgence nécessaire sur mon enfant en sachant que j'en serai informé(e) dès que possible. Je comprends que tous les efforts seront faits pour me contacter, ou, si je suis indisponible, pour contacter la personne à contacter en cas d'urgence indiquée ci-dessous, avant et après l'intervention.

Oui  Non

---

Nom complet de/de la participant(e)

---

Signature du parent/tuteur

---

Date

En cas d'urgence médicale, je désigne la personne suivante comme personne à contacter en cas d'urgence :

---

Nom de la personne à contacter d'urgence

---

Numéro de téléphone

---

Lien avec l'enfant



## Consentement à faire des recommandations et à partager des informations

Le Département de la jeunesse et de la communauté de la ville de New York (DYCD) investit dans des programmes et des services pour aider nos communautés et les personnes qui y vivent. Nous voulons nous assurer que vous les connaissez et vous faciliter la tâche.

### **Pourquoi nous avons besoin de votre autorisation**

Avec lui, nous pouvons :

- Décider si vous êtes éligible aux services ;
- vous envoyer des informations sur les programmes et services financés par DYCD auxquels vous pouvez postuler ;
- vous envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de votre demande de participant DYCD avec les programmes auxquels vous postulez; et
- suivre les résultats des services que vous recevez.

### **Ce que nous partageons**

Nous ne donnerons des informations que pour montrer que vous êtes admissible ou vous aider à vous inscrire à des programmes financés par DYCD

### **Qui voit vos informations et comment les protégeons-nous ?**

Seuls les employés autorisés de DYCD et des programmes financés par DYCD peuvent le voir.

*Veillez lire ci-dessous, cocher l'une des cases et remplir le reste.*

Je comprends que DYCD a besoin de mon consentement pour :

- décider si Je suis éligible aux services ;
- m'envoyer des informations sur les programmes et services auxquels je peux postuler ;
- m'orienter vers des programmes financés par DYCD ;
- m'envoyer des informations sur les activités de recherche, les groupes de discussion et les enquêtes liées à l'amélioration du programme ;
- partager les informations de ma demande de participant DYCD avec les programmes auxquels je postule ; et
- suivre les résultats des services que je reçois.

**Oui, Je donne mon consentement.**  **Non, Je ne donne pas mon consentement.**

Nom complet du participant (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Signature du participant (ou du parent/tuteur pour les participants de moins de 18 ans)

Date



## Partie IX: Signatures et consentements supplémentaires

### Consentement à Participer

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes. J'accepte leur vérification et comprends que toute falsification peut entraîner la résiliation du service. Les informations fournies peuvent être utilisées par la Ville de New York pour améliorer les services municipaux et l'accès à ces services, ainsi que pour obtenir des financements supplémentaires.

Afin de continuer à recevoir les financements qui soutiennent ce programme, toutes les informations demandées doivent être collectées. Si vous avez des questions, veuillez demander au directeur du programme du prestataire.

### Si le demandeur a 18 ans ou plus :

Je reconnais que j'ai 18 ans ou plus et que je suis autorisé à donner mon consentement.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom complet du candidat

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat

\_\_\_\_\_  
Date

### Si le demandeur a moins de 18 ans :

En tant que parent/tuteur, je donne la permission à mon enfant de s'inscrire et de participer au programme et de remplir des sondages anonymes pour recueillir les commentaires des participants sur le programme.

\_\_\_\_\_  
Nom complet du candidat

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date



Partie X: Formulaire de vérification des revenus du ménage

**Formulaire d'auto-certification des participants au programme du Community Services Block Grant (CSBG)**

Ce programme est financé par la Subvention pour les Services Communautaires (CSBG), fournie par le Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis, Administration pour les Enfants et les Familles, Bureau des Services Communautaires. Vous devez compléter ce formulaire pour documenter votre éligibilité à participer à ce programme.

Instructions : Veuillez indiquer le nombre de personnes dans votre ménage, puis cochez la case correspondant au montant des revenus annuels du ménage. Les REVENUS sont définis comme le revenu annuel total de tous les membres de la famille et des non-membres de la famille âgés de 18 ans et plus vivant dans le ménage. Toutes les sources de revenus doivent être comptabilisées pour toutes les personnes dans le ménage en fonction des revenus anticipés au cours des 12 mois à venir.

Veuillez vérifier votre tranche de revenus en fonction de la taille de votre ménage (par exemple, s'il y a 5 personnes dans votre ménage, allez à HH de 5 ; s'il y a 8 personnes dans votre ménage, allez à HH de 8) : REMARQUE : pour chaque membre de la famille supplémentaire au-delà de 8, ajoutez 4 540 \$ par personne.

Ménage	0 – 50%	51 – 75%	76 – 100%	101 – 125%	126% - 200%	201%+
Ménage de 1:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$ 7,530	<input type="checkbox"/> \$ 7,531 - \$11,295	<input type="checkbox"/> \$11,296 - \$15,060	<input type="checkbox"/> \$15,061 - \$18,825	<input type="checkbox"/> \$18,826 - \$30,120	<input type="checkbox"/> \$30,121+
Ménage de 2:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,220	<input type="checkbox"/> \$10,221 - \$15,330	<input type="checkbox"/> \$15,331 - \$20,440	<input type="checkbox"/> \$20,441 - \$25,550	<input type="checkbox"/> \$25,551 - \$40,880	<input type="checkbox"/> \$40,881+
Ménage de 3:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$12,910	<input type="checkbox"/> \$12,911 - \$19,365	<input type="checkbox"/> \$19,366 - \$25,820	<input type="checkbox"/> \$25,821 - \$32,275	<input type="checkbox"/> \$32,276 - \$51,640	<input type="checkbox"/> \$51,641+
Ménage de 4:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$15,600	<input type="checkbox"/> \$15,601 - \$23,400	<input type="checkbox"/> \$23,401 - \$31,200	<input type="checkbox"/> \$31,201 - \$39,000	<input type="checkbox"/> \$39,001 - \$62,400	<input type="checkbox"/> \$62,401+
Ménage de 5:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$18,290	<input type="checkbox"/> \$18,291 - \$27,435	<input type="checkbox"/> \$27,436 - \$36,580	<input type="checkbox"/> \$36,581 - \$45,725	<input type="checkbox"/> \$45,726 - \$73,160	<input type="checkbox"/> \$73,161+
Ménage de 6:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$20,980	<input type="checkbox"/> \$20,981 - \$31,470	<input type="checkbox"/> \$31,471 - \$41,960	<input type="checkbox"/> \$41,961 - \$52,450	<input type="checkbox"/> \$52,451 - \$83,920	<input type="checkbox"/> \$83,921+
Ménage de 7:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$23,670	<input type="checkbox"/> \$23,671 - \$35,505	<input type="checkbox"/> \$35,506 - \$47,340	<input type="checkbox"/> \$47,341 - \$59,175	<input type="checkbox"/> \$59,176 - \$94,680	<input type="checkbox"/> \$94,681+
Ménage de 8:	<input type="checkbox"/> \$0 - \$26,360	<input type="checkbox"/> \$26,361 - \$39,540	<input type="checkbox"/> \$39,541 - \$52,720	<input type="checkbox"/> \$52,721 - \$65,900	<input type="checkbox"/> \$65,901 - \$105,440	<input type="checkbox"/> \$105,441+

Je certifie que les informations sur les revenus ci-dessus sont véridiques. Je comprends que la falsification de mes revenus peut entraîner la résiliation des services du programme CSBG. Je comprends que je pourrais être invité à fournir une documentation de revenus pour vérifier mes revenus. Si mon statut de revenu change, je m'engage à informer rapidement le programme de ce changement et à soumettre un formulaire d'auto-certification révisé.

Nom du candidat : \_\_\_\_\_

Signature du candidat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ (Signature requise si le candidat est âgé de moins de 18 ans)

Organisation: \_\_\_\_\_

Spécialiste d'accueil/Personnel: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_