



## Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

### LISTE DE CONTRÔLE RELATIVE À LA RECERTIFICATION

**Veillez lire attentivement avant d'achever votre recertification par courrier !**

Cher client :

Il s'agit d'un bref exposé détaillé des documents que vous devrez fournir avec votre courrier de recertification. Votre recertification ne peut pas être achevée sans tous les documents. Tous les adultes du ménage âgés de 18 ans et plus doivent signer plusieurs documents dans le colis. Veuillez vous assurer que tous les adultes signent là où leur signature est requise. Le non-respect de cette règle peut entraîner votre résiliation du programme de bons de choix de logement. Veuillez fournir tous les documents demandés en fonction des membres de votre famille. Si vous avez besoin de plusieurs documents fournis pour votre famille, veuillez faire le nombre de copies nécessaire avant de remplir l'un des formulaires. Veuillez faire des copies (qui peuvent être lues facilement, sans flou ni noircissement) de tous les documents. VEUILLEZ NE PAS ENVOYER VOS DOCUMENTS ORIGINAUX. Il y a une boîte de dépôt dans le hall d'entrée du DCHA si vous ne souhaitez pas envoyer vos documents par la poste. Veuillez remplir tous les documents avant de les envoyer par la poste ou de les déposer, ne remplissez pas vos documents dans le hall du DCHA.

1. Copies des certificats de naissance de **tous** les membres du ménage (si elles n'ont pas été fournies précédemment)
2. Copies des cartes de sécurité sociale de **tous** les membres du ménage (si elles n'ont pas été fournies précédemment)
3. Copies des pièces d'identité avec photo non expirées délivrées par le gouvernement pour **tous** les membres du ménage âgés de 18 ans et plus (si elles n'ont pas été fournies précédemment)
4. Copies des talons de paie de **tous** les membres du ménage employés âgés de 18 ans et plus
  - a. (3) talons de paie consécutifs en cours pour la paie bimensuelle
  - b. (6) talons de paie consécutifs en cours pour la paie hebdomadaire
  - c. (2) bulletins de paie consécutifs et actuels pour les salaires bimensuels
5. Copies des revenus non gagnés pour **tous** les membres du ménage (SS, SSI, pensions, chômage, pension alimentaire, placement familial, solde militaire, cotisations, autres types de revenus, etc.)
6. Vérifications scolaires pour **tous** les étudiants à temps plein (\*si non fournies, aucun statut d'étudiant à temps plein ne sera appliqué)
7. Fournir toutes les copies des factures de services publics actuelles (factures d'électricité, de gaz et d'eau uniquement).
8. En vertu de l'autorité accordée au DCHA dans le cadre de son statut « Moving to Work » (MTW), le DCHA exigera des familles qu'elles déclarent leurs actifs uniquement si la valeur totale de tous les actifs est de 15 000 \$ ou plus. Le DCHA n'inclura pas les revenus des actifs dans son calcul des revenus à moins que la valeur totale de tous les actifs ne soit de 15 000 \$ ou plus.

Toutes ces informations doivent être renvoyées par courrier avant la date d'échéance indiquée sur votre dossier de recertification. Le colis et tous les documents doivent être envoyés à :

Programme relatif aux bons de choix de logement  
300 7th Street, SW 10e étage  
Washington, DC 20024

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à nous contacter au (202)535-1000.

Cordialement,

Division des programmes de logement



## Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

### Envoi par courrier des membres Demande d'occupation continue

Initiales du représentant du DCHA \_\_\_\_\_

Date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_\_

Date de la 2<sup>ème</sup> demande : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA FAMILLE

(Chef de famille / Autre membre adulte)

Chef de famille (nom légal)		
Autre membre adulte (si le chef de famille n'est pas disponible pour remplir le formulaire)		Lien avec le chef de famille
Adresse (actuelle)		Ville, État
		Code postal
Adresse postale (si différente de l'adresse actuelle)		Ville, État
		Code postal
Téléphone domicile	Téléphone professionnel	
Type d'identification légale présentée		
Si l'un des chefs de famille n'est pas présent, pourquoi ?		

### COMPOSITION DU MÉNAGE

Veillez énumérer les noms légaux de toutes les personnes qui vivent avec le chef de famille. Commencez par le chef de famille, puis le conjoint, puis les mineurs (du plus âgé au plus jeune), puis tout autre adulte.

Mem. Famille.	Noms légaux	Lien avec le chef	Sexe (M ou F)	Date de naissance	Âge	Num. Sec. soc.	Lieu de naissance (ville, état)
1		Chef de famille					
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

## Informations sur les revenus

Nom du membre du ménage	Revenu (description)	actuel
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

## Actifs

En vertu de l'autorité accordée au DCHA dans le cadre de son statut « Moving to Work » (MTW), le DCHA exigera des familles qu'elles déclarent leurs actifs uniquement si la valeur totale de tous les actifs est de 15 000 \$ ou plus. Le DCHA n'inclura pas les revenus des actifs dans son calcul des revenus à moins que la valeur totale de tous les actifs ne soit de 15 000 \$ ou plus.

Oui  NON

## Famille à handicap

Le chef de famille, le conjoint, le membre unique ou un autre membre est-il une personne handicapée ?

Oui  NON

Si oui, veuillez indiquer le(s) nom(s).

## Informations sur l'intégrité du programme

Vous ou un membre de votre ménage avez-vous été arrêté ou condamné pour la vente, la fabrication ou la distribution d'une substance contrôlée ?  Oui  NON

Si oui, quand ? Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Un membre de votre ménage a-t-il été obligé de s'inscrire comme délinquant sexuel à vie dans un État ou un territoire ?  Oui  NON

Si oui, quel État ? \_\_\_\_\_ Date d'inscription \_\_\_\_\_

## Coûts supplémentaires

Veuillez indiquer si vous avez des dépenses supplémentaires qui devraient être prises en compte lors de la finalisation de votre recertification (p. ex., paiements automobiles ou assurance).

Dépense (description)	actuel
	\$
	\$
	\$

## Dépenses médicales et inhabituelles (62 ans et plus UNIQUEMENT)

Un membre du ménage prévoit-il des dépenses médicales au cours des 12 prochains mois qui ne seront pas remboursées par une source extérieure à votre ménage ? Incluez les médicaments sur ordonnance / en vente libre et tous les autres frais médicaux.

Nom du membre du ménage	Type de dépense	Dépense mensuelle	Total des dépenses prévues pour les 12 prochains mois
		\$	\$
		\$	\$

---

## DÉCLARATION ET CERTIFICATION

Je comprends que toute fausse déclaration d'informations ou tout manquement à la divulgation des informations demandées sur ce formulaire peut me disqualifier de la participation continue et peut constituer un motif d'expulsion/de résiliation de l'aide. **Je comprends également que tout changement dans les revenus de tout membre du ménage, ainsi que tout changement dans la composition du ménage, doivent être signalés immédiatement par écrit à l'Office de logement du District de Columbia.**

---

Signature du chef de famille

---

Date

---

Signature du conjoint ou autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

---

Signature de l'autre adulte

---

Date

**Certification du représentant de la DCHA : J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE J'AI EXAMINÉ TOUTES LES RÉPONSES ET CERTIFICATIONS ET JE CONFIRME QU'ELLES SONT COHÉRENTES AVEC LES INFORMATIONS DISPONIBLES POUR TERMINER CETTE RECERTIFICATION.**

---

Représentant du DCHA

---

Date

## Autorisation de divulgation d'informations À l'intention du DCHA

Le DCHA Programme relatif aux bons de choix de logement 300 7th Street SW, 10e étage Washington, DC 20024	
--	--

Les personnes qui demandent ou reçoivent une aide dans le cadre des programmes suivants sont tenues de signer ce formulaire de consentement :

- Logement public de location appartenant à la PHA
- PHA - Programme local de supplément de loyer
- PHA - Programme d'assistance locale
- Certificat de location de l'article 8
- Bon de location de l'article 8
- Réhabilitation modérée de l'article 8

**Défaut de signature du formulaire de consentement :** Le fait de ne pas signer le formulaire de consentement peut entraîner le refus d'éligibilité ou la résiliation des prestations de logement assisté, ou les deux. Le refus d'éligibilité ou la résiliation des prestations est soumis aux procédures de réclamation de l'Office de logement et aux procédures d'audience informelle de la section 8.

### Sources des informations à obtenir

Agences de collecte d'informations sur les salaires de l'État. (Ce consentement est limité aux salaires et aux indemnités de chômage que j'ai perçus au cours des 5 dernières années au cours desquelles j'ai reçu des prestations de logement assisté.)

Département américain (HUD uniquement) (Ce consentement est limité aux informations sur les salaires et le travail indépendant et aux paiements de revenus de retraite tels que référencés à l'article 6103(1) (7) (A) du Code des impôts.)

Département américain Service des impôts des États-Unis (HUD uniquement) (Ce consentement est limité aux revenus non gagnés [c'est-à-dire les intérêts et les dividendes].)

Les informations peuvent également être obtenues directement auprès des : (a) employeurs actuels et anciens employeurs concernant les salaires et les traitements et (b) institutions financières concernant les revenus non gagnés (c'est-à-dire les intérêts et les dividendes). Je comprends que les informations sur les revenus obtenues à partir de ces sources seront utilisées pour vérifier les informations que je fournis dans le cadre de l'éligibilité aux programmes de logement assisté et le niveau des prestations. Par conséquent, ce formulaire de consentement autorise uniquement la divulgation directe par les employeurs et les institutions financières d'informations concernant toute période au cours des 5 dernières années pendant laquelle j'ai reçu des prestations d'aide.

**Autorité :** Article 904 de la loi Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act de 1988, telle que modifiée par l'article 903 de la loi Housing and Community Development Act de 1992 et l'article 3003 de la loi Omnibus Budget Reconciliation Act de 1993. Cette loi se trouve à l'article 42 U.S.C. 3544. Cette loi exige que vous signiez un formulaire de consentement autorisant : (1) le HUD et l'agence/office du logement (HA) à demander la vérification des salaires et des traitements auprès des employeurs actuels ou précédents ; (2) le HUD et la HA à demander des informations sur les demandes de salaire et d'indemnisation du chômage à l'agence d'État chargée de conserver ces informations ; (3) Le HUD doit demander certaines informations sur les déclarations de revenus à l'Administration de la sécurité sociale des États-Unis et au Service des impôts des États-Unis. La loi exige également une vérification indépendante des informations sur les revenus. Par conséquent, le HUD ou le HA peuvent demander des informations aux institutions financières pour vérifier votre éligibilité et le niveau des prestations.

**Objectif :** En signant ce formulaire de consentement, vous autorisez le HUD et le HA susmentionné à demander des informations sur les revenus auprès des sources mentionnées sur le formulaire. Le HUD et le HA ont besoin de ces informations pour vérifier les revenus de votre ménage, afin de s'assurer que vous êtes éligible aux prestations de logement assisté et que ces prestations sont fixées au niveau correct. Le HUD et le HA peuvent participer à des programmes de mise en correspondance informatique avec ces sources afin de vérifier votre éligibilité et votre niveau de prestations.

**Utilisations des informations à obtenir :** Le HUD est tenu de protéger les informations sur les revenus qu'il obtient conformément à la loi sur la confidentialité de 1974, 5 U.S.C. 552a. Le HUD peut divulguer des informations (autres que les informations relatives aux déclarations de revenus) pour certaines utilisations courantes, par exemple à d'autres agences gouvernementales à des fins d'application de la loi, à des agences fédérales à des fins d'adéquation à l'emploi et pour déterminer l'aide au logement. L'HA est également tenu de protéger les informations sur les revenus qu'il obtient conformément à toute loi sur la confidentialité applicable de l'État. Les employés du HUD et de l'HA peuvent être soumis à des sanctions pour divulgations non autorisées ou utilisations inappropriées des informations sur les revenus obtenues sur la base du formulaire de consentement. **Les propriétaires privés ne peuvent pas demander ou recevoir des informations autorisées par ce formulaire.**

**Qui doit signer le formulaire de consentement :** Chaque membre de votre ménage âgé de 18 ans ou plus doit signer le formulaire de consentement. Des signatures supplémentaires doivent être obtenues auprès des nouveaux membres adultes qui rejoignent le ménage ou lorsque les membres du ménage atteignent l'âge de 18 ans



**Consentement : Je consens à ce que le HUD ou le HA demandent et obtiennent des informations sur les revenus auprès des sources répertoriées sur ce formulaire dans le but de vérifier mon éligibilité et mon niveau de prestations dans le cadre des programmes de logement assisté du HUD. Je comprends que l'Office du logement (DCHA) qui reçoit des informations sur les revenus en vertu de ce formulaire de consentement ne peut pas les utiliser pour refuser, réduire ou mettre fin à l'aide sans avoir au préalable vérifié indépendamment le montant, si j'ai réellement eu accès aux fonds et quand les fonds ont été reçus. En outre, je dois avoir la possibilité de contester ces décisions.**

**Ce formulaire de consentement expire trois ans après la date de la ou des signatures.**

Signatures :

_____ Chef de famille	_____ Date	
_____ Numéro de sécurité sociale (le cas échéant) du chef de famille	_____ Autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans	_____ Date
_____ Conjoint	_____ Date	
_____ Autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans	_____ Date	_____ Autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans
_____ Autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans	_____ Date	_____ Autre membre de la famille âgé de plus de 18 ans

**Avis relatif à la loi sur la protection des renseignements personnels.** Autorité : Le Département du logement et du développement urbain (HUD) est autorisé à collecter ces informations par le biais de la loi américaine sur le logement de 1937 (42 U.S.C. 1437 et suivants), le titre VI de la loi sur les droits civils de 1964 (42 U.S.C. 2000d) et par la loi sur le logement équitable (42 U.S.C. 3601-10). La loi sur le logement et la communauté de 1987 (42 U.S.C. 3543) exige que les demandeurs et les participants soumettent le numéro de sécurité sociale de chaque membre du ménage. Objectif : Vos revenus et autres informations sont collectés par le HUD et l'office du logement pour déterminer votre éligibilité, la taille appropriée de la chambre et le montant que votre famille paiera pour le loyer et les services publics. Autres utilisations : Le HUD utilise vos revenus familiaux et d'autres informations pour aider à la gestion et au suivi des programmes de logement subventionnés par le HUD, pour protéger les intérêts financiers du gouvernement et pour vérifier l'exactitude des informations que vous fournissez. Ces informations peuvent être communiquées aux agences fédérales, étatiques et locales appropriées, le cas échéant, ainsi qu'aux enquêteurs et procureurs civils, pénaux ou réglementaires. Cependant, les informations ne seront pas divulguées en dehors du HUD, sauf si la loi le permet ou l'exige. Pénalité : Vous devez fournir toutes les informations demandées par l'Office du logement, y compris tous les numéros de sécurité sociale de tous les membres du ménage, ce qui est obligatoire, et ne pas fournir les numéros de sécurité sociale affectera votre éligibilité. Le fait de ne pas fournir l'une des informations demandées peut entraîner un retard ou un rejet de votre approbation d'éligibilité.

---

**Pénalités pour mauvaise utilisation de ce consentement**

Le HUD, l'Office du logement et tout propriétaire (ou tout employé du HUD, de l'Office du logement ou du propriétaire) peuvent être soumis à des sanctions pour divulgation non autorisée ou utilisations inappropriées des informations collectées sur la base du formulaire de consentement.

L'utilisation des informations collectées sur la base de cette « Autorisation de divulgation d'informations » est limitée aux fins citées sur le formulaire de divulgation. Toute personne qui, sciemment ou volontairement, demande, obtient ou divulgue des informations sous de faux prétextes concernant un candidat ou un participant peut être passible d'un délit et d'une amende ne dépassant pas 5 000 \$. Tout candidat ou participant affecté par la divulgation négligente d'informations peut intenter une action civile en dommages et intérêts et demander toute autre réparation, selon le cas, contre l'agent ou l'employé du HUD, de l'Office du logement ou du propriétaire responsable de la divulgation non autorisée ou de l'utilisation abusive.



# Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Contrôle OMB n° 2502-0581  
Exp. (28/02/2019)

Informations de contact supplémentaires et facultatives

## COMPLÉMENT À LA DEMANDE DE LOGEMENT SUBVENTIONNÉ PAR LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Ce formulaire doit être fourni à chaque demandeur de logement subventionné par le gouvernement fédéral. **Instructions : Personne ou organisation de contact facultative :** Vous avez le droit, en vertu de la loi, d'inclure dans votre demande de logement, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et d'autres informations pertinentes d'un membre de la famille, ami, organisation sociale, de santé, de défense des droits ou autre. Ces coordonnées ont pour but d'identifier une personne ou une organisation qui pourrait vous aider à résoudre les problèmes pouvant survenir pendant votre location ou à vous aider à fournir les soins ou services spéciaux dont vous pourriez avoir besoin. **Vous pouvez mettre à jour, supprimer ou modifier les informations que vous fournissez sur ce formulaire à tout moment.** Vous n'êtes pas obligé de fournir ces coordonnées, mais si vous choisissez de le faire, veuillez inclure les informations pertinentes sur ce formulaire.

<b>Nom du client :</b>	
<b>Adresse postale :</b>	
<b>Numéro de téléphone :</b>	<b>Numéro de téléphone portable :</b>
<b>Nom de la personne ou l'organisation de contact supplémentaire :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Numéro de téléphone :</b>	<b>Numéro de téléphone portable :</b>
<b>Adresse e-mail (le cas échéant) :</b>	
<b>Lien avec le demandeur :</b>	
<b>Raison du contact :</b> (Cochez tout ce qui s'applique)	
<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Aide au processus de recertification
<input type="checkbox"/> Impossible de vous contacter	<input type="checkbox"/> Modification des conditions du bail
<input type="checkbox"/> Fin de l'aide au loyer	<input type="checkbox"/> Modification du règlement intérieur
<input type="checkbox"/> Expulsion du logement	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Paiement en retard du loyer	
<b>Déclaration de confidentialité :</b> Les informations fournies dans ce formulaire sont confidentielles et ne seront divulguées à personne, sauf si le demandeur ou la loi applicable le permet.	
<b>Avis juridique :</b> L'article 644 de la loi sur le logement et le développement communautaire de 1992 (loi publique 102-550, approuvée le 28 octobre 1992) exige que chaque demandeur de logement bénéficiant d'une aide fédérale se voie offrir la possibilité de fournir des informations concernant une personne ou une organisation de contact supplémentaire. En acceptant la demande du demandeur, le fournisseur de logement s'engage à se conformer aux exigences de non-discrimination et d'égalité des chances de la section 5.105 du 24 CFR, y compris les interdictions de discrimination dans l'admission ou la participation à des programmes de logement bénéficiant d'une aide fédérale sur la base de la race, de la couleur, de la religion, de l'origine nationale, du sexe, du handicap et de la situation familiale en vertu de la loi sur le logement équitable, et l'interdiction de la discrimination fondée sur l'âge en vertu de la loi sur la discrimination fondée sur l'âge de 1975.	

Cochez cette case si vous choisissez de ne pas fournir les coordonnées.

Signature du participant	Date
--------------------------	------





## Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Initiales du	_____
représentant du DCHA	_____
Recert. Mois	_____
Recert. Année	_____

### RAPPORT D'AUTO-CERTIFICATION / D'AUTO-DÉCLARATION

OBJET : \_\_\_\_\_  
Nom du participant / Chef de famille \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

FOURNI PAR : \_\_\_\_\_ (Inscrivez votre nom ici s'il est différent de celui  
du participant)

ADRESSE DE LA PERSONNE FOURNISSANT LES INFORMATIONS : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE FOURNISSANT LES INFORMATIONS : \_\_\_\_\_

DÉCLARATION : (Utilisez le verso si vous avez besoin de plus d'espace)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance. ATTENTION : L'article 1001 du titre 18 du Code des États-Unis érige en infraction pénale le fait de faire volontairement de fausses déclarations ou de fausses déclarations à tout département ou agence des États-Unis sur toute question relevant de sa juridiction.

#### CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE AUTHENTIFIÉ

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Souscrit et assermenté devant moi ce \_\_\_\_\_ jour du \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Ma commission expire : \_\_\_\_\_ Signature du notaire : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADRESSE CI-DESSUS :

Attention : \_\_\_\_\_



## Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Année anniversaire \_\_\_\_\_  
Mois anniversaire \_\_\_\_\_  
Numéro de suivi du document \_\_\_\_\_

Nom du participant \_\_\_\_\_

Adresse du participant \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale du participant \_\_\_\_\_

### FORMULAIRE DE VÉRIFICATION D'EMPLOI :

Représentant du DCHA : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, autorise par la présente \_\_\_\_\_ à divulguer les informations demandées ci-dessous.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

La personne identifiée ci-dessus est un demandeur ou un participant à un programme de location subventionné par le gouvernement fédéral administré par l'Office de logement du District de Columbia (DCHA). Nous sommes tenus de vérifier les revenus de tous les candidats à l'admission ou au maintien dans le programme d'aide au loyer. Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous dès que possible.

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**LES REVENUS BRUTS** au cours des 12 derniers mois, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, étaient de \$ \_\_\_\_\_

Si vous avez travaillé moins de 12 mois, les revenus de la date d'embauche à \_\_\_\_\_ étaient de \$ \_\_\_\_\_

Nombre moyen d'heures par semaine \_\_\_\_\_ Salaire horaire \$ \_\_\_\_\_

Nombre total de semaines par an \_\_\_\_\_

Heures supplémentaires moyennes ou totales effectuées \_\_\_\_\_ Salaire horaire des heures supplémentaires \$ \_\_\_\_\_  
(Choisir une option)

Les heures supplémentaires sont : (Cochez une option) Régulières  Sporadiques  Le montant des primes, les primes d'encouragement, les commissions et/ou pourboires sont :  
\$ \_\_\_\_\_ (Cochez une option) Régulières  Sporadiques

Taux de rémunération de base \$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_  
précédents : \$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

---

**VÉRIFICATION D'EMPLOI**

---

Nom de l'employé selon vos dossiers : \_\_\_\_\_

Selon vos dossiers, le numéro de sécurité sociale de l'employé est le même que celui indiqué ci-dessus :  Oui  Non

Si cela est connu, le changement prévu du taux de rémunération : \$ \_\_\_\_\_ Date  
d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

Ce poste est-il financé par les fonds du TITRE V :  Oui  Non

Date d'embauche initiale : \_\_\_\_\_ Réembauche : \_\_\_\_\_

Date de cessation : \_\_\_\_\_ Titre/profession de l'employé \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous que cet employé restera dans votre entreprise pendant les 12 prochains mois ?  Oui  Non

En cas d'emploi saisonnier ou sporadique, indiquez les périodes de mise à pied habituelles : \_\_\_\_\_

Si l'employé ne reçoit pas de salaire en raison d'un statut de maladie/suspension, quelle est la dernière date à laquelle il a travaillé ? \_\_\_\_\_

---

**RETENUES SUR LE SALAIRE :**

---

Soins de santé \$ \_\_\_\_\_ Par mois. Soins dentaires \_\_\_\_\_ Par mois. Autre \_\_\_\_\_

---

**SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR :**

---

Renseigné par \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE À L'ADRESSE CI-DESSUS :**

**Programme relatif aux bons de choix de logement  
300 7th Street SW, 10e étage  
Washington, DC 20024**

**MERCI POUR VOTRE RÉPONSE IMMÉDIATE !**



# Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Initiales du représentant du DCHA \_\_\_\_\_  
Recert. Mois \_\_\_\_\_  
Recert. Année \_\_\_\_\_

## Demande de résiliation d'emploi

Date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_\_

Date de la 2<sup>ème</sup> demande : \_\_\_\_\_

Attention : \_\_\_\_\_  
Contact de l'entreprise \_\_\_\_\_

Objet : \_\_\_\_\_  
Nom de l'employé \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Nom de l'entreprise

\_\_\_\_\_   
Adresse

\_\_\_\_\_   
Adresse

\_\_\_\_\_   
Ville/État Code postal

\_\_\_\_\_   
Ville/État Code postal

\_\_\_\_\_   
Numéro de sécurité sociale

### DIVULGATION D'INFORMATIONS

#### À remplir par le demandeur/résident

J'autorise par la présente mon employeur à divulguer les informations demandées directement à la Office de logement du District de Columbia.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Cher Monsieur/Madame :

La DCHA est tenue de vérifier, par l'intermédiaire de l'employeur, la fin de l'emploi de tous les candidats et participants aux programmes de logement subventionnés par le gouvernement fédéral et gérés par la DCHA. Nous vous demandons votre coopération pour fournir ces informations. Ce formulaire ne doit en aucun cas être rempli par l'employé. Les formulaires doivent être remplis par le superviseur de l'employé, un chronométrateur, un comptable ou un expert-comptable.

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Autre numéro d'identification de l'employé (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employé (enregistrée) : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Date de cessation : \_\_\_\_\_ Dernier jour où l'employé a réellement travaillé : \_\_\_\_\_

L'employé recevra-t-il une rémunération supplémentaire pour les congés annuels ou de maladie non utilisés ?  Oui  Non

Si oui, le montant que l'employé recevra \$ \_\_\_\_\_

L'employé recevra-t-il des chèques de paie supplémentaires pour une indemnisation d'accident du travail ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse de l'entreprise par laquelle cela peut être vérifié :

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Raison de la cessation (sélectionnez une option) :  Démission de l'employé  Licenciement pour motif valable  Manque de travail  Autre

En cas de licenciement pour manque de travail ou autre, prévoyez-vous de réembaucher cet employé ?  Oui  Non

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur ou du représentant autorisé \_\_\_\_\_ Titre (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Veuillez renvoyer par courrier ou par fax à :

Représentant du DCHA : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Office de logement du District de Columbia \_\_\_\_\_  
300 7th Street SW, 10e étage

Washington, DC 20024



## Office de logement du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Date : \_\_\_\_\_

Nom du chef de famille : \_\_\_\_\_

Adresse du ménage : \_\_\_\_\_

### CERTIFICATION DE REVENU ZÉRO DE L'OCCUPANT

Nom de l'occupant / du chef de famille \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale

*Je certifie que je ne reçois aucun revenu d'aucune source et je certifie que je ne suis pas :*

- |   |       |                  |
|---|-------|------------------|
| 1. <i>Employé par un employeur privé ou public</i>  | _____ | <b>Initiales</b> |
| 2. <i>Bénéficiaire de prestations d'assurance-chômage</i>                                     | _____ | <b>Initiales</b> |
| 3. <i>Bénéficiaire de prestations de l'Administration de la sécurité sociale</i>              | _____ | <b>Initiales</b> |
| 4. <i>Bénéficiaire d'une assistance publique (PA ou prestations pour anciens combattants)</i> | _____ | <b>Initiales</b> |
| 5. <i>Bénéficiaire de revenu d'une source quelconque</i>                                      | _____ | <b>Initiales</b> |
| 6. <i>En congé de maternité sans solde</i>  | _____ | <b>Initiales</b> |
| 7. <i>Bénéficiaire de contributions d'amis, de parents, d'agences, d'églises, etc.</i>        | _____ | <b>Initiales</b> |

Je comprends que je dois signaler immédiatement tout changement dans les revenus et la composition de la famille. Je comprends que tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus devront être réexaminés tous les quatre-vingt-dix (90) jours tant que toute la famille déclare qu'aucun revenu n'est généré. Je comprends que le fait de ne pas déclarer tous les revenus familiaux constitue une violation des obligations familiales en vertu des termes du programme relatif aux bons de choix de logement et peut entraîner la fin de l'aide à la famille.

**Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance.**

Signature de l'occupant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du chef de famille \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE AUTHENTIFIÉ**

NOTAIRE

Agréé et souscrit en ma présence ce \_\_\_\_\_ jour du \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du notaire

Ma commission expire : \_\_\_\_\_  
Signature du notaire

VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADRESSE CI-DESSUS :



# Office de logement du District de Columbia

300 7th Street SW 10e étage,  
Washington, DC 20002-7599  
(202) 535-1000

Date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_\_

Date de la 2<sup>ème</sup> demande : \_\_\_\_\_

Initiales du représentant du DCHA \_\_\_\_\_  
Recert. Mois \_\_\_\_\_  
Recert. Année \_\_\_\_\_

## Familles avec un revenu nul ou instable

Objet : \_\_\_\_\_

Date de la dernière recertification : \_\_\_\_\_

Chef de famille

Adresse

Ville/État

Zip

Numéro de sécurité sociale

Veillez répondre aux questions ci-dessous en cochant « oui » ou « non » après chaque question. Chaque question vous concerne ainsi que tous les autres membres de votre ménage.

Depuis la date de votre dernière certification :

1. Quelqu'un a-t-il emménagé ou quitté votre domicile ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

2. Quelqu'un a-t-il postulé pour un emploi ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

3. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il commencé un emploi ?  Oui  Non

Si oui, qui et où ? \_\_\_\_\_

4. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il démissionné d'un emploi ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

Quelqu'un a-t-il été licencié ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

5. Quelqu'un dans votre ménage est-il un travailleur indépendant ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

6. Quelqu'un dans votre ménage est-il employé, à temps partiel ou à temps plein ?  Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

7. Quelqu'un a-t-il fait une demande pour l'un des avantages suivants ?

Aide sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allocations de chômage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TANF	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pension alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pension alimentaire ou entretien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SSI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Indemnisation des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



# Office de logement du District de Columbia

Initiales du représentant du DCHA \_\_\_\_\_

Recert. Mois \_\_\_\_\_

Recert. Année \_\_\_\_\_

8. Quelqu'un dans votre ménage reçoit-il l'un des avantages suivants ?

TANF	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Pension	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Aide sociale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Indemnités d'invalidité	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non					

9. Est-ce qu'une personne extérieure à votre ménage paie vos factures ou vous donne de l'argent ?  Oui  Non

Si oui, qui est cette personne ? Quelles factures sont payées et/ou combien d'argent recevez-vous de cette personne ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Est-ce qu'une personne de votre ménage reçoit un type de revenu ou d'argent non mentionné ci-dessus ? \_\_\_\_\_

Oui  Non

Si oui, expliquez. Quel membre, la source et le montant de l'argent reçu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Certification : Je certifie que les réponses que j'ai fournies sont vraies et exactes à ma connaissance, et je n'ai aucune objection à ce que des enquêtes soient menées pour vérifier toute déclaration contenue dans le présent document.**

\_\_\_\_\_  
**(Chef de famille) - Veuillez écrire en lettres moulées**

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

\_\_\_\_\_  
**Chef de famille - Signature**

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

\_\_\_\_\_  
**(Témoin DCHA) - Signature**

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

**ATTENTION ! Le titre 18, section 1001 du Code des États-Unis, stipule que toute personne qui fait sciemment et volontairement des déclarations fausses ou frauduleuses à un ministère ou à une agence des États-Unis ou au ministère du Logement et du Développement urbain est coupable de crime.**





## Office de logement du District de Columbia

300 7th Street, SW110e Étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Initiales du représentant du  
DCHA \_\_\_\_\_

Mois de recertification \_\_\_\_

Vérification des étudiants à temps plein  
(Collège/École technique)

Date de la 1<sup>ère</sup> demande : \_\_\_\_

Date de la 2<sup>ème</sup> demande : \_\_\_\_

À L'INTENTION DE :

Établissement d'enseignement / Représentant

OBJET :

Étudiant

Adresse

Adresse

Ville/État

Zip

Ville/État

Zip

Numéro de téléphone

Chef de famille

### DIVULGATION D'INFORMATIONS

#### À remplir par le demandeur/résident.

J'autorise par la présente l'établissement d'enseignement identifié ci-dessus à divulguer les informations demandées directement à l'Office de logement du District de Columbia.

Cher Monsieur/Madame :

La personne susmentionnée est candidate ou participante à un programme de logement financé par le gouvernement fédéral et géré par l'Office de logement du District de Columbia (DCHA). Cette personne a indiqué que \_\_\_\_\_, un membre de sa famille, fréquente votre école à temps plein.

#### Nom de l'étudiant (en lettres moulées)

Afin de déterminer le montant du loyer pour cette famille, nous devons vérifier les informations concernant le statut d'étudiant. Veuillez remplir l'espace prévu ci-dessous et, une fois rempli, renvoyez le formulaire à notre bureau dès que possible. Merci de votre aide à ce sujet.

### VÉRIFICATION

Je confirme par la présente que **Nom de l'étudiant (en lettres moulées)** \_\_\_\_\_

**EST ou N'EST PAS (Sélectionnez une option)** un étudiant à temps plein dans cet établissement. Si vous êtes étudiant à temps plein, veuillez indiquer l'année ou le niveau actuel de l'étudiant : \_\_\_\_

Adresse de l'étudiant enregistrée : \_\_\_\_\_

Selon vos dossiers, veuillez fournir le nom de la personne avec laquelle l'étudiant réside :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du représentant de l'établissement d'enseignement (en lettres moulées)

Titre (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'établissement d'enseignement

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse de l'école

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Veillez renvoyer par courrier, fax ou e-mail à l'adresse :

REPRÉSENTANT DU DCHA : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (202) \_\_\_\_\_

Fax : (202) \_\_\_\_\_

Office de logement du District de Columbia  
300 7th Street SW, 10e étage  
Washington, DC 20024

E-MAIL : \_\_\_\_\_

**ATTENTION ! Le titre 18, section 1001 du Code des États-Unis, stipule que toute personne qui fait sciemment et volontairement des déclarations fausses ou frauduleuses à un ministère ou à une agence des États-Unis ou au ministère du Logement et du Développement urbain est coupable de crime.**