



Case Number  
N° de dossier : \_\_\_\_\_

**INCOME ASSISTANCE  
APPLICATION FOR INCOME ASSISTANCE**

**AIDE AU REVENU  
DEMANDE D'AIDE AU REVENU**

**Applicant Information / Renseignements sur le demandeur**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Last Name:<br>Nom :   |  |  |
| First Name:<br>Prénom :   | Middle Name:<br>Second prénom :  |  |
| Previous Last Name(s):<br>Nom(s) précédent(s) :   |  |  |
| Telephone:<br>Téléphone :   | Street Address:<br>Adresse municipale :  |  |
| Current Mailing Address:<br>Adresse postale actuelle :  |  |  |
| Community:<br>Collectivité :  | Postal Code:<br>Code postal :  |  |
| Email:<br>Courriel :  | Date of Birth (YY/MM/DD):<br>Date de naissance (AA-MM-JJ) :  |  |
| Social Insurance Number:<br>N° d'assurance sociale :  | Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other<br>Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre  |  |
| Immigration Status:<br>Statut d'immigration :   | <input type="checkbox"/> Canadian Citizen <input type="checkbox"/> Landed Immigrant <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Working Visa/Student<br><input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Visa de travail/d'étudiant |  |
| Ethnicity (optional):<br>Ethnicité :  | <input type="checkbox"/> Dene <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Other:<br><input type="checkbox"/> Déné <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Autre :          |  |
| Education:<br>Éducation :   | Grade Completed:<br>Niveau d'éducation atteint :   | Post Secondary:<br>Niveau postsecondaire : |
| Other:<br>Autre :   |  |  |
| Reason for Income Assistance Application:<br>Raison de la demande d'aide au revenu :  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Looking For Work <input type="checkbox"/> Employed Seasonally <input type="checkbox"/> Employed Part-Time <input type="checkbox"/> Student<br><input type="checkbox"/> Recherche un emploi <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant |  |  |
| Permanent Disability (please explain):<br>Incapacité permanente (veuillez expliquer) :  |  |  |
| Short Term Disability (please explain):<br>Incapacité à court terme (veuillez expliquer) :  |  |  |
| Other:<br>Autre :   |  |  |

**Co-Applicant Information / Renseignements sur le codemandeur**

|   |  |
|---|--|
| Last Name:<br>Nom :   | First Name:<br>Prénom :  |
| Middle Name:<br>Second prénom :   | Previous Last Name(s):<br>Nom(s) précédent(s) :  |
| Email:<br>Courriel :  | Date of Birth (YY/MM/DD):<br>Date de naissance (AA-MM-JJ) :  |
| Social Insurance Number:<br>N° d'assurance sociale :  | Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other<br>Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre  |
| Immigration Status:<br>Statut d'immigration :   | <input type="checkbox"/> Canadian Citizen <input type="checkbox"/> Landed Immigrant <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Working Visa/Student<br><input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Visa de travail/d'étudiant |
| Ethnicity:<br>Ethnicité :   | <input type="checkbox"/> Dene <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Other:<br><input type="checkbox"/> Déné <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Autre :          |
| Education: Grade Completed:<br>Éducation : Niveau d'éducation atteint :   | Post Secondary: Other:<br>Niveau postsecondaire : Autre :  |
| Reason for Income Assistance Application:<br>Raison de la demande d'aide au revenu :  |  |
| <input type="checkbox"/> Looking For Work <input type="checkbox"/> Employed Seasonally <input type="checkbox"/> Employed Part-Time <input type="checkbox"/> Student<br><input type="checkbox"/> Recherche un emploi <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant |  |
| Permanent Disability (please explain):<br>Incapacité permanente (veuillez expliquer) :  |  |
| Short Term Disability (please explain):<br>Incapacité à court terme (veuillez expliquer) :  |  |
| Other:<br>Autre :   |  |

**Employment Information / Situation d'emploi**

|   | Applicant<br>Demandeur  | Co-Applicant<br>Codemandeur   |
|---|---|---|
| Main Occupation<br>Occupation principale  |   |   |
| Who was your last employer?<br>Qui a été votre dernier employeur?   |   |   |
| What was the address and phone number<br>of your last employer?<br>Quels étaient l'adresse et le numéro de<br>téléphone de votre dernier employeur? |   |   |
| Why did your employment end?<br>Pourquoi cet emploi a-t-il cessé?   |   |   |
| Are you currently receiving EI benefits?<br>Recevez-vous actuellement des prestations<br>d'assurance-emploi?  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**You may be required to provide copies of your Record of Employment(s) for the last six months.  
Vous devrez peut-être fournir des exemplaires de vos relevés d'emploi pour les six derniers mois.**

## Household Members / Membres du ménage

Please list EVERYONE that lives in your household (if you need more space, please attach extra sheet)

Veillez indiquer TOUTES les personnes qui vivent dans votre ménage (si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire).

| Last Name<br>Nom | First Name<br>Prénom | Gender<br>Sexe   | Social Insurance<br>Number<br>Numéro d'assurance<br>sociale | Date of Birth<br>(YY/MM/DD)<br>Date de naissance<br>(AA/MM/JJ) | Relationship<br>Lien de parenté |
|------------------|----------------------|--|---|--|---------------------------------|
|                  |                      | <input type="checkbox"/> Male / Homme<br><input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Other / Autre |   |  |                                 |
|                  |                      | <input type="checkbox"/> Male / Homme<br><input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Other / Autre |   |  |                                 |
|                  |                      | <input type="checkbox"/> Male / Homme<br><input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Other / Autre |   |  |                                 |
|                  |                      | <input type="checkbox"/> Male / Homme<br><input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Other / Autre |   |  |                                 |
|                  |                      | <input type="checkbox"/> Male / Homme<br><input type="checkbox"/> Female / Femme<br><input type="checkbox"/> Other / Autre |   |  |                                 |

Do any of the above mentioned people pay rent?  Yes  No If yes, how much?  
 L'une des personnes mentionnées ci-dessus paie-t-elle un loyer?  Oui  Non Si oui, quel en est le montant?

If you have children, how many are in your care? Total number of days/month:  
 Si vous avez des enfants, combien sont à votre charge? Nombre total de jours/mois :

Do you require child care?  Yes  No  
 Avez-vous besoin de services de garde d'enfants?  Oui  Non

## Place of Residence / Lieu de résidence

What type of accommodation are you currently living in?  
 Dans quel type de logement habitez-vous actuellement?

- Public Housing Logement public  
  Specialized Housing Logement spécialisé  
  Subsidized Housing Logement subventionné  
  Room and Board Chambre et pension  
 Room/Single Chambre ou petit logement  
  Market Rental Unité locative  
  Own Home Maison (propriétaire)  
  Facility Établissement  
  Relative Chez un proche

Are you receiving the Canada NWT Housing Benefit from the NWT Housing Corporation?  
 Est-ce que vous bénéficiez de l'allocation pour le logement Canada-TNO par l'intermédiaire de la Société d'habitation des TNO?  Yes  No  
 Oui Non

**Note: Please attach a copy of your lease agreement / Remarque : Veuillez joindre une copie de votre bail.**

Rental Property  I Rent an Apartment  I Rent a House  I Rent a Room  I Rent a Public Housing Unit  
 Immeuble locatif  Je loue un appartement  Je loue une maison  Je loue une chambre  Je loue un logement social

Items Included in Rent  Heat  Water  Power  Garbage  
 Éléments inclus dans le loyer  Chauffage  Eau  Électricité  Déchets

## Home Owner Expenditures / Dépenses liées à la propriété d'une maison

I live in my own home  Yes  No  
Je vis dans ma maison  Oui  Non

Do you have a rent-to-own agreement on your home?  Yes  No  
Avez-vous conclu un contrat de location avec option d'achat?  Oui  Non

Do you have a mortgage?  Yes  No  
Avez-vous contracté une hypothèque?  Oui  Non

If yes, what is the monthly payment?  
Si oui, quel est le montant du versement mensuel?

Are municipal taxes included in your mortgage payments?  Yes  No  
Les taxes municipales sont-elles comprises dans votre paiement?  Oui  Non

If yes:  Land  Property  
Si oui:  Terrain  Propriété

Have you made this month's mortgage payment?  Yes  No  
Avez-vous versé le paiement hypothécaire du mois en cours?  Oui  Non

Do you have insurance on your mortgage?  Yes  No  
Avez-vous une assurance sur votre prêt hypothécaire?  Oui  Non

**Please attach a copy of your official mortgage and the most recent statement and receipt of payment  
or a copy of your rent-to-own agreement plus recent receipt of payment.**

**Veillez joindre une copie de votre hypothèque officielle ainsi que le relevé le plus récent et un reçu du paiement,  
ou une copie de votre contrat de location avec option d'achat, plus un reçu récent du paiement.**

## Income Benefits / Prestations de revenu

Do you currently receive the Canada Child Benefit?  Yes  No  
Bénéficiez-vous actuellement de l'allocation canadienne pour enfants?  Oui  Non

If yes, please attach a copy of Canada Child Benefit Notice of Assessment  
Si oui, veuillez joindre une copie de l'avis de versement de l'allocation canadienne pour enfants.

If no, please indicate why:  
Si non, veuillez expliquer pourquoi :

Income Tax not Filed  Income too High  Overpayment  
Déclaration de revenus non produite Revenu trop élevé Paiement en trop

Other:  
Autre :

Have you received Income Assistance before?  Yes  No  
Avez-vous reçu une aide au revenu auparavant?  Oui  Non

Have you received assistance from another province or territory?  Yes  No  
Avez-vous reçu une aide au revenu d'une autre province ou d'un autre territoire?  Oui  Non

If yes, please provide name/location of organization:  
Si oui, veuillez fournir le nom et l'emplacement de l'organisme :

## Notes and Comments / Remarques et commentaires

## Unearned Income / Revenu non gagné

| Declare all income that you have received during this reporting period:<br>Déclarez tout revenu reçu au cours de la période couverte :   | Amount (Applicant)<br>Montant (demandeur) | Amount (Co-Applicant)<br>Montant (codemandeur) |
|--|---|--|
| Boarders and/or Renters<br>Locataires ou pensionnaires   | \$  | \$   |
| CPP<br>RPC   | \$  | \$   |
| Dividends from Land Claims<br>Dividendes liés à des revendications territoriales   | \$  | \$   |
| Employment Insurance<br>Assurance-emploi   | \$  | \$   |
| Gambling (Bingo, Card Games, Lottery Winnings, etc.)<br>Jeux de hasard (bingo, jeux de cartes, gains de loterie, etc.)   | \$  | \$   |
| Gifts, Goods or Services received<br>Cadeaux, biens ou services reçus  | \$  | \$   |
| GST<br>TPS   | \$  | \$   |
| Income Tax Refund(s)<br>Remboursement d'impôt sur le revenu  | \$  | \$   |
| Impact Benefit Agreement (IBA)<br>Entente sur les répercussions et les avantages (ERA)   | \$  | \$   |
| Insurance Policies and/or Trust Funds/Inheritance<br>Polices d'assurance, fonds en fiducie ou héritage   | \$  | \$   |
| Mortgage or Rental Property<br>Hypothèque ou immeuble locatif  | \$  | \$   |
| Old Age Security<br>Sécurité de la vieillesse  | \$  | \$   |
| RRSP, Canada Savings Bonds, and/or Other Investments<br>REER, obligations d'épargne du Canada ou autres placements   | \$  | \$   |
| Sale of Personal Assets, including Property<br>Vente de biens personnels, y compris des biens immobiliers  | \$  | \$   |
| Student Financial Assistance<br>Aide financière aux étudiants  | \$  | \$   |
| Training Allowances<br>Allocation de formation   | \$  | \$   |
| Transportation (Airline/Bus Tickets)<br>Transport (billets d'avion ou d'autocar)   | \$  | \$   |
| Worker's Safety & Compensation Commission<br>Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs   | \$  | \$   |
| Other, please specify:<br>Autre, veuillez préciser :   | \$  | \$   |
| <p>Would you like to use any of your unearned income exemption?<br/>Aimeriez-vous utiliser l'une ou l'autre de vos exemptions de revenu non gagné? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</p> <p>If yes, how much?<br/>Si oui, quel montant?</p> |   |  |

**Excluded Income / Revenu exclu**

| <b>Declare all income that you have received during this reporting period:<br/>Déclarez tout revenu gagné au cours de la période couverte :</b> | <b>Amount (Applicant)<br/>Montant (demandeur)</b> | <b>Amount (Co-Applicant)<br/>Montant (codemandeur)</b> |
|---|---|--|
| Canada Child Benefit<br>Allocation canadienne pour enfants  | \$  | \$   |
| CPP Children's Disability Benefit<br>Prestation pour enfants handicapés du RPC  | \$  | \$   |
| CPP Children's Survivor/Orphan Benefit<br>Pension d'enfant survivant/prestation d'orphelin du RPC   | \$  | \$   |
| Foster Parent Payments<br>Paiements reçus à titre de parent d'une famille d'accueil   | \$  | \$   |
| Maintenance Enforcement Program/Child Support<br>Programme d'exécution des ordonnances alimentaires/Pension alimentaire                         | \$  | \$   |
| Registered Disability Savings Plans<br>Régime enregistré d'épargne-invalidité   | \$  | \$   |
| Other, please specify:<br>Autre, veuillez préciser :  | \$  | \$   |

**Earned Income / Revenu gagné**

| <b>Declare all income that you have received during this reporting period:<br/>Déclarez tout revenu gagné au cours de la période couverte :</b>   | <b>Amount (Applicant)<br/>Montant (demandeur)</b> | <b>Amount (Co-Applicant)<br/>Montant (codemandeur)</b> |
|---|---|--|
| Childcare Services (ie. Babysitting)<br>Services aux enfants (p. ex. gardiennage d'enfants)   | \$  | \$   |
| Fellowships, Bursaries and/or Scholarships<br>Bourses d'études, de recherche ou de perfectionnement   | \$  | \$   |
| Honorariums<br>Honoraires   | \$  | \$   |
| Hunting, Trapping, Fishing<br>Revenu tiré de la chasse, du piégeage ou de la pêche  | \$  | \$   |
| Salary or wages paid to you or your spouse by any employer, including severance pay<br>Salaires ou traitements vous ayant été versés, à vous ou à votre conjoint, par tout employeur, y compris une indemnité de départ | \$  | \$   |
| Sale of Artwork (Paintings, Carvings and/or Handicrafts)<br>Vente d'œuvres d'art (tableaux, sculptures ou artisanat)  | \$  | \$   |
| Self-Employment<br>Travail indépendant  | \$  | \$   |
| Other, please specify:<br>Autre, veuillez préciser :  | \$  | \$   |

**Please remember to include verification of all income received and rental/mortgage receipts with this form.  
N'oubliez pas de joindre tous les justificatifs de revenus perçus au présent formulaire,  
ainsi que tous les reçus de location ou d'hypothèque.**

The information in this Application for Income Assistance is being collected under the authority of the *Access to Information and Protection of Privacy (ATIPP) Act*, section 41.1(1)(g) and the *Northwest Territories Social Assistance Act and Income Assistance Regulations*. The privacy provisions of the *ATIPP Act* protect information, and all applicants have the right to examine and request correction of his or her records and to request a review by the Information and Privacy Commissioner.

If you have any questions about the collection of information, contact the Department of Education, Culture and Employment, Box 1320, Yellowknife, NT X1A 2L9 or call 1-866-973-7252 or 867-767-9355.

Les renseignements fournis dans la présente demande d'aide au revenu sont recueillis en vertu de l'alinéa 41(1)g) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)*, de la *Loi sur l'assistance sociale* des Territoires du Nord-Ouest (TNO) et des règlements connexes. Les dispositions de la LAIPVP relatives à la confidentialité protègent les renseignements personnels. De plus, tous les demandeurs ont le droit de consulter leurs dossiers, d'exiger des corrections et de demander un examen par le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

Si vous avez des questions concernant la collecte de renseignements, communiquez avec le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation par la poste, à l'adresse C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9, ou par téléphone, au 1-866-973-7252 ou au 867-767-9355.

## Statement and Authorization

This information is being collected under the authority of the *Access to Information and Protection of Privacy Act, Section 40.(a) and (c)(i) and the Social Assistance Act and Income Assistance Regulations*. The information will be used to determine my initial and continued eligibility for Income Assistance and the general administration and enforcement of this program. The privacy provisions of ATIPP protect my personal information. Personal information is defined under ATIPP, Section 2.

All applicants have the right to examine and request correction of his or her records and to request a review by the Information and Privacy Commissioner.

If you have any questions about the collection of information, you may contact the Regional Manager or Regional Superintendent in your area.

### Applicant and Co-Applicant

1. I declare that:
  - a. I am applying for Income Assistance as the head of my household.
  - b. I am 19 years of age or older.
  - c. The information given in this application and any further applicable forms and documents are true.
  - d. I will immediately notify the Client Services Officer if my personal or family information changes.
  - e. I have read, or had someone read and/or translate this Statement of Authorization to me and have asked the Client Services Officer to clarify anything that I do not understand.
2. I agree to:
  - a. Follow the terms and conditions of the Income Assistance program.
  - b. Provide information or documents to verify my initial and continued eligibility for income assistance benefits by the last business day of the calendar month of the Client Services Officer's request of this information.
3. I understand that:
  - a. The income that I receive from any source must be reported immediately to the Client Services Officer, and this income may affect the income assistance benefits that I, and/or the members of my family are entitled to.
  - b. False or misleading statements, and/or failure to disclose changes to my personal circumstances, may result in the Government of Northwest Territories, Department of Education, Culture and Employment, demanding the immediate repayment of benefits received, future benefits being denied, and/or criminal prosecution against myself and/or those in my family.
  - c. My personal information may be released to the Government of Northwest Territories' Maintenance Enforcement Program.
  - d. The Client Services Officer may share/exchange my personal information with the Northwest Territories Housing Corporation and/or the Local Housing Authority for the purposes of program benefit entitlement.
  - e. My personal information will be exchanged with other Education, Culture and Employment Programs for the management of those programs.
  - f. My basic and personal information will be listed in the client registry list.
  - g. An Income Security Program Official will contact other agencies to verify the accuracy of the information that I have provided as part of determining my eligibility for income assistance benefits. These agencies may include the following: GNWT departments, WSCC, the provincial, territorial, municipal governments, federal government departments, Indigenous Governments and organizations, landlords, banks or other financial institutions, NWT Housing Corporation, credit agencies, insurance companies, fuel and utilities companies and employers.
  - h. I can request an appeal to the Social Assistance Appeal Committee or Board if I believe the decision is contrary to the *Social Assistance Act* or the *Income Assistance Regulations*, and I can ask the Client Services Officer to guide me through the appeal process and help me complete the required appeal forms.
  - i. This statement and authorization is valid for one year from the signed date below. This statement of authorization must be resigned every year or when changes to my relationship status occur.
4. I consent to the release of my personal information to the Income Security Program, by those agencies listed in 3.g above to verify my personal information required to determine my initial and continued eligibility for Income Assistance as provided by the Income Security Programs, Education, Culture and Employment, Government of Northwest Territories.
5. The authorization is valid for the Income Assistance Program for the three taxation years prior to the year of signature, and the most recently available tax information, the current taxation year, and each subsequent consecutive taxation year for which assistance is requested by me or on my behalf. Further, I understand that if I wish to withdraw this consent, I may do so at any time by writing to the Regional Manager or Regional Superintendent in my area.

Please select one of the following two options:

#### Option A)

I consent to the release, by the Canada Revenue Agency, to an official of Government of Northwest Territories Income Security Programs, of information from my income tax returns, and, if applicable, other required taxpayer information about me, whether supplied by me or by a third party. The information will be relevant to, and used solely for the purpose of determining and verifying my/our eligibility, entitlement, for and the general administration and enforcement of Income Security Programs under the *Social Assistance Act, Income Assistance Regulations* and ATIPP, and will not be disclosed to any other person or organization without my approval.

\_\_\_\_\_  
Applicant's Initial

\_\_\_\_\_  
Co-Applicant Initial

OR

#### Option B)

I understand that I will provide information from my income tax returns, and, if applicable, other required taxpayer information about me, whether supplied by me or by a third party and redact information that is not related to this application. The information will be relevant to, and used solely for the purpose of determining and verifying my/our eligibility, entitlement, for and the general administration and enforcement of Income Security Programs under the *Social Assistance Act, Income Assistance Regulations* and ATIPP, and will not be disclosed to any other person or organization without my approval.

\_\_\_\_\_  
Applicant's Initial

\_\_\_\_\_  
Co-Applicant Initial

### Applicant Information

Last Name:

First Name:

Address:

Date of Birth (YY/MM/DD):

SIN:

Applicant Signature:

Date (YY/MM/DD):

### Co-Applicant Information

Last Name:

First Name:

Address:

Date of Birth (YY/MM/DD):

SIN:

Applicant Signature:

Date (YY/MM/DD):

### Client Services Officer

Signature:

Date (YY/MM/DD):

## Déclaration et autorisation

Les présents renseignements sont recueillis en vertu des alinéas 40a), c) et i) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP), de la *Loi sur l'assistance sociale* et du *Règlement sur l'assistance au revenu*. Ils serviront à déterminer l'admissibilité initiale et continue au Programme d'aide au revenu ainsi qu'à l'administration générale et à la mise en œuvre de ce programme. Les dispositions de la LAIPVP relatives à la confidentialité protègent les renseignements personnels. La définition des renseignements personnels figure à l'article 2 de la LAIPVP.

Tous les demandeurs ont le droit de consulter leurs dossiers, d'exiger des corrections et de demander un examen par le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte de renseignements, veuillez communiquer avec le gestionnaire ou le directeur régional de votre région.

### Demandeur et codemandeur

- Je déclare ce qui suit :
  - Je dépose une demande pour bénéficier du Programme d'aide au revenu en tant que chef de ménage.
  - J'ai 19 ans ou plus.
  - Les renseignements fournis dans ce formulaire et dans tout autre formulaire ou document sont exacts.
  - J'informerai immédiatement l'agent des services à la clientèle si mes renseignements personnels ou ceux concernant ma famille changent.
  - Je confirme avoir lu ou m'être fait lire ou traduire cette attestation et cette autorisation, et j'ai demandé à l'agent des services à la clientèle de préciser tout élément que je ne comprenais pas.
- J'accepte de :
  - Respecter les modalités du Programme d'aide au revenu;
  - Fournir des renseignements ou des documents pour vérifier mon admissibilité initiale et continue au Programme d'aide au revenu avant le dernier jour ouvrable du mois calendaire suivant le dépôt d'une telle demande par l'agent des services à la clientèle.
- Je comprends que :
  - Je dois immédiatement informer l'agent des services à la clientèle de tout revenu que je reçois, quelle qu'en soit la source, et ce revenu peut modifier les prestations d'aide auxquelles les membres de ma famille ou moi avons droit;
  - Dans l'éventualité de déclarations fausses ou trompeuses, ou de l'omission de divulguer des changements à ma situation personnelle, le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest peut exiger le remboursement immédiat des prestations reçues, le rejet de toute demande future ou des poursuites criminelles contre moi ou des membres de ma famille;
  - Mes renseignements personnels peuvent être divulgués aux responsables du Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest;
  - L'agent des services à la clientèle peut communiquer ou échanger mes renseignements personnels auprès de la Société d'habitation ou d'un organisme local d'habitation des Territoires du Nord-Ouest afin de vérifier mon admissibilité aux prestations du Programme;
  - Mes renseignements personnels seront transmis aux responsables d'autres programmes du ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation à des fins de gestion de ces programmes;
  - Mes renseignements personnels généraux seront versés dans le registre de la clientèle;
  - Un responsable du Programme d'aide au revenu communiquera avec d'autres organismes pour vérifier l'exactitude des renseignements fournis afin de déterminer mon admissibilité au Programme d'aide au revenu. Ces organismes peuvent inclure les suivants : les ministères du GTNO; la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs; des organismes publics provinciaux, territoriaux et municipaux; des ministères fédéraux; des organismes autochtones; des locataires; des institutions bancaires ou d'autres institutions financières; la Société d'habitation des TNO; des agences d'évaluation du crédit; des compagnies d'assurance; des fournisseurs de services publics ou de combustibles; et des employeurs.
  - Je peux faire appel auprès du Comité d'appel de l'assistance sociale ou de la Commission d'appel de l'assistance sociale si j'estime qu'une décision est contraire à la *Loi sur l'assistance sociale* et au *Règlement sur l'assistance au revenu*, et je peux demander à l'agent des services à la clientèle de me guider dans le processus d'appel et de m'aider à remplir les formulaires de demande d'appel requis;
  - Cette attestation et cette autorisation sont valides pendant une année à partir de la date de signature ci-dessous. Elles doivent être signées de nouveau tous les ans ou en cas de changement de situation.
- Je consens à la divulgation de mes renseignements personnels aux responsables du Programme d'aide au revenu par les organismes mentionnés au point 3.g ci-dessus afin de vérifier tout renseignement requis pour déterminer mon admissibilité initiale et continue, selon les besoins de la Division des programmes de la sécurité du revenu du ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

- La présente autorisation est valable pour le Programme d'aide au revenu pendant les trois années d'imposition précédant l'année de la signature, ainsi que pour les renseignements fiscaux les plus récents disponibles de l'année d'imposition en cours et de chaque année d'imposition subséquente pour laquelle une aide est demandée par moi ou en mon nom. De plus, je comprends que je peux retirer ce consentement en écrivant au gestionnaire ou au directeur régional de ma région.

**Veuillez choisir l'une des deux options suivantes :**

#### Option A)

Je consens à la divulgation, par l'Agence du revenu du Canada, de renseignements tirés de ma déclaration de revenus à un responsable du Programme d'aide au revenu du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et, s'il y a lieu, d'autres renseignements confidentiels requis à mon sujet, qu'ils proviennent de moi ou d'un tiers. Les renseignements pertinents serviront uniquement à l'évaluation et à la vérification de mon ou notre admissibilité et de mon ou notre droit à recevoir de l'aide, ainsi qu'à l'administration et à la mise en œuvre du Programme d'aide au revenu en vertu de la *Loi sur l'assistance sociale*, du *Règlement sur l'assistance au revenu* et de la LAIPVP. Ils ne seront transmis à aucune autre personne ou organisation sans mon approbation.

\_\_\_\_\_ Initiales du demandeur

\_\_\_\_\_ Initiales du codemandeur

#### OU

#### Option B)

Je comprends que je dois fournir des renseignements sur ma déclaration de revenus et, s'il y a lieu, d'autres renseignements confidentiels requis à mon sujet, qu'ils proviennent de moi ou d'un tiers et que je dois caviarder les renseignements non pertinents à la présente demande. Les renseignements pertinents serviront uniquement à l'évaluation et à la vérification de mon ou notre admissibilité et de mon ou notre droit à recevoir de l'aide, ainsi qu'à l'administration et à la mise en œuvre du Programme d'aide au revenu en vertu de la *Loi sur l'assistance sociale*, du *Règlement sur l'assistance au revenu* et de la LAIPVP. Ils ne seront transmis à aucune autre personne ou organisation sans mon approbation.

\_\_\_\_\_ Initiales du demandeur

\_\_\_\_\_ Initiales du codemandeur

### Renseignements sur le demandeur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance (AA-MM-JJ) : NAS :

Signature du requérant :

Date (AA-MM-JJ) :

### Renseignements sur le codemandeur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance (AA-MM-JJ) : NAS :

Signature du requérant :

Date (AA-MM-JJ) :

### Agent des services à la clientèle

Signature :

Date (AA-MM-JJ) :