



DEMANDE D'INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DU NUNAVUT

REQUÉRANT(E)		CO-REQUÉRANT(E)	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
SECOND PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	SECOND PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
MINISTÈRE EMPLOYEUR :		MINISTÈRE EMPLOYEUR :	
DATE D'ENTRÉE EN POSTE :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL	DATE D'ENTRÉE EN POSTE :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL
POSTE POUR UNE PÉRIODE DÉTERMINÉE OU INDÉTERMINÉE?		POSTE POUR UNE PÉRIODE DÉTERMINÉE OU INDÉTERMINÉE?	
COURRIEL		COURRIEL	

ADRESSE ACTUELLE :

N° DE LOT :	N° DU BLOC :	N° DE PLAN :	N° DE MAISON :
C. P. :	LOCALITÉ :	CODE POSTAL :	

DATE D'ACHAT DE LA MAISON :	DATE DE DÉBUT DU BAIL :	MONTANT DU LOYER :
JOUR : MOIS : ANNÉE :	JOUR : MOIS : ANNÉE :	

COMBIEN DE PERSONNES VIVENT ACTUELLEMENT CHEZ VOUS?	ADULTE	ENFANT
VOUS COMPRIS, COMBIEN DE PERSONNES VIVANT CHEZ VOUS SONT EMPLOYÉES PAR LE GOUVERNEMENT DU NUNAVUT?		
EMPLOYEUR DES AUTRES ADULTES VIVANT CHEZ VOUS :		

TOUS LES REQUÉRANTS DOIVENT JOINDRE UNE COPIE DE L'UN DES DOCUMENTS SUIVANTS :

		COCHEZ LA CASE
1	DUPLICATA DE CERTIFICAT DE TITRE OU	
2	AVIS D'ÉVALUATION FONCIÈRE DE L'ANNÉE EN COURS OU	
3	DERNIER REÇU D'IMPÔT SUR LA PROPRIÉTÉ FONCIÈRE OU	
4	FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DE L'INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE DU NUNAVUT	
5	SI VOUS RÉCLAMEZ DES PAIEMENTS RÉTROACTIFS, VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE DE VOTRE DOCUMENT HYPOTHÉCAIRE OU DE TOUT DOCUMENT JURIDIQUE MONTRANT LA DATE D'OCCUPATION DES LIEUX. (LES PAIEMENTS RÉTROACTIFS NE PEUVENT ALLER AU-DELÀ DES SIX DERNIERS MOIS)	

DÉCLARATION : JE CERTIFIE/NOUS CERTIFIONS QUE **CETTE HABITATION EST MA/NOTRE RÉSIDENCE PRINCIPALE**, QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE DEMANDE SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS, ET QUE CETTE DÉCLARATION EST FAITE EN TOUTE BONNE FOI. JE COMPRENDS/NOUS COMPRENONS QUE SI TOUT RENSEIGNEMENT EST JUGÉ INEXACT, CETTE DEMANDE PEUT ÊTRE REJETÉE ET TOUTE INDEMNITÉ OCTROYÉE DEVRA ÊTRE REMBOURSÉE DANS SA TOTALITÉ. J'ACCEPTÉ/NOUS ACCEPTONS QUE DES ENQUÊTES PUISSENT ÊTRE EFFECTUÉES À TOUT MOMENT AUX FINS DE CETTE DEMANDE D'INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE. **EN OUTRE, JE M'ENGAGE/NOUS ENGAGEONS À INFORMER IMMÉDIATEMENT LE GOUVERNEMENT DU NUNAVUT DE TOUT CHANGEMENT DU TYPE DE LOGEMENT.**

VEUILLEZ COCHER LA CASE QUI CORRESPOND À LA FAÇON DONT L'INDEMNITÉ SERA DISTRIBUÉE :

REQUÉRANT(E) CO-REQUÉRANT(E)
 PARTAGE À 50/50 ENTRE LE/LA REQUÉRANT(E) ET LE/LA CO-REQUÉRANT(E)
 AUCUNE AUTRE PERSONNE, SAUF LE/LA REQUÉRANT(E) ET/OU LE/LA CO-REQUÉRANT(E), NE PRÉSENTE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ À CETTE ADRESSE

SIGNATURE DU/DE LA REQUÉRANT(E)			
	Jour	Mois	Année
SIGNATURE DU/DE LA CO-REQUÉRANT(E)			

À USAGE INTERNE SEULEMENT :

DATE DE RÉCEPTION :	
DATE DE VÉRIFICATION :	

DÉBUT DU VERSEMENT DES INDEMNITÉS	
DATE D'ENVOI AU SERVICE DE LA PAIE :	