



Formulaire de demande d'assistance / Request for Assistance Form

**CE CENTRE EST POUR LES DÉMUNIS—CEUX DANS LE BESOIN (SVP RESPECTER CECI)
THIS CENTRE IS FOR THE IMPOVERISHED—THOSE IN NEED (PLEASE RESPECT THIS)**

Date _____ time/heure _____

Last name _____ Mid. Initial _____ First name _____ M/F _____
Nom de famille _____ initiale _____ Surnom _____

Address _____ City _____ Postal Code _____
Adresse _____ Ville _____ Code postale _____

Telephone no. _____ Medical no.(6 digit) _____ Birthday _____
Numéro de tél _____ Numéro méd _____ Jr. naiss. _____ dd _____ mm _____ yy

Primary source of income _____ children under 18(m/f) _____ referred by _____
source princ. de revenu _____ enfants moins de 18 ans(m/f) _____ réf. par _____

Do you **own** or **rent** your home?(circle one) Year, make & model of any vehicles you own
Etes-vous **locataire** ou **propriétaire**? (encerclez-un) Année, marque et modèle de vos voitures _____

EIA, SA, Disab. Case no. _____ Case Worker _____ CW tel/office _____
No. d'assist. sociale _____ nom travail _____ tel/bur trav. _____

CFLC Inc. & its officers, directors, employees, volunteers and agents shall not be liable for any loss, damage or injury which may result from the use of any items provided by CFLC Inc..and I hereby release each of them from any and all liability with respect to any such loss, damage or injury. I authorize the CFLC to contact my E.I.A. case coordinator/counselor regarding items received at the Centre / Le CFLC Inc. & ses officiers, ses directeurs, ses employés, ses bénévoles et ses agents ne seront pas tenus responsables pour une perte, dommage ou blessure qui pourrait se produire dans l'usage d'items fournis par le CFLC Inc. et par la présente je les acquitte tous par rapport à toute perte, dommage ou blessure.. Je donne permission au CFLC de communiquer avec mon coordonnateur d'assistance sociale (E..I.A.) par rapport aux items que j'ai reçu au CFLC Inc.

Signature _____

HPS Housing First organizations

A Place to Call Home
 Fresh Start
 ACT
 Wi Che Win
 healing Homes
 More Than Four Walls
 RAY
 Main Street Project
 Canadian Mental Health Association (CMHA)
 Siloam Transition Services

Client #: DW _____ Referring Counselor: _____