

# IFLC-2 - Annexe d'inscription

## Administrée par la SCHL

Prière de compléter cette annexe si votre intention est d'appliquer au nouveau programme de soutien au loyer de l'IFLC-2. Veuillez nous retourner l'annexe dûment complétée avec votre réponse et la résolution. Toutes les questions sont obligatoires à moins d'indications contraires. Les renseignements fournis dans cette annexe seront utilisés en partie pour évaluer le montant de soutien au loyer de l'IFLC-2.

Numéro de dossier SCHL : **18-005-128-000**

Adresse postale : **201-1st Street, Toronto, Ontario, M4B 1B7**

Nom de votre organisme : **Test Co-operative**

Inscrivez le nombre total de logements qui reçoivent actuellement une subvention de la SCHL.

1. Combien de logements compte votre organisme? **25**

2. Combien de ménages sont actuellement subventionnés par la SCHL, si applicable? **2**

3. Utilisez-vous les subventions reçues pour ce compte afin de subventionner d'autres ménages ou propriétés qui relèvent d'un compte ou d'une phase différents de la SCHL?  Oui  Non

4. Combien de ménages sont actuellement subventionnés par une source provinciale ou municipale? **2**

a) Si applicable, quelles sont la ou les source(s)?

**Inscrire le nom du programme**

b) Date(s) de fin d'entente: **Inscrire la date de fin d'entente du programme**

5. Actuellement, est-ce qu'il y a des ménages non-subventionnés qui nécessiteraient un soutien au loyer? (loyer représente >30% du revenu brut mensuel)  Oui  Non

a) Si oui, indiquez le nombre de ménages : **2**

6. Quel est la source principale d'énergie utilisée par votre organisme?  
 Électricité  Gaz  Autre (décrire) : \_\_\_\_\_

7. Lorsque vous envisagez de nouveaux candidats, est-ce que votre coopérative priorise l'un des groupes vulnérables suivants?

- |                                                                                                                                  |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non applicable                                                                                          | <input type="checkbox"/> Les personnes ayant des déficiences physiques   |
| <input type="checkbox"/> Les survivants (particulièrement les femmes et les enfants) fuyant une situation de violence domestique | <input type="checkbox"/> Les racialisées (communautés, personnes)        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Les aînés                                                                                    | <input type="checkbox"/> Les nouveaux arrivants (comprends les réfugiés) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Les personnes ayant des déficiences développementales                                        | <input type="checkbox"/> Les anciens combattants                         |
| <input type="checkbox"/> Les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance                                     | <input type="checkbox"/> LGBTQ2+                                         |
|                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Les Autochtones                                 |
|                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Les jeunes adultes (18-29 ans)                  |

8. Indiquez une personne contact pour toutes questions concernant votre application:

- a) Nom et position  
**Gerry Smith**
- b) Numéro de téléphone et extension, si applicable  
**(416) 753-0123**  Préfère téléphone et envoi postal
- c) Adresse courriel  
**gmith@test.coop**  Préfère courriels

Veuillez retourner votre formulaire d'adhésion ainsi que l'annexe dûment complétés par courriel à [fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca](mailto:fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca). Si vous êtes dans l'impossibilité de nous transmettre ces documents par courriel, veuillez communiquer avec l'équipe de l'IFLC-2 au **1-800-668-2642**.

Inscrire le nombre de ménages qui ne reçoivent pas de subventions mais qui auraient besoin de soutien au loyer en vertu de l'IFLC-2.

Les ménages admissibles auront un loyer qui représente au moins 30 % de leur revenu mensuel brut.

Remplissez cette section si un ménage éligible à IFLC-2 est représenté par un de ces groupes. Cette question n'est pas obligatoire.

Veuillez remplir le tableau de l'annexe **au complet**.  
Tous les ménages identifiés à la question 2 et 5a devraient être représentés dans le tableau s'ils sont éligibles à IFLC-2.

Complétez le tableau suivant pour les ménages qui nécessiteraient une subvention à compter de la fin de votre entente SCHL. Le nombre total de lignes dans le tableau doit être équivalent à la somme du nombre de ménages actuellement subventionnés par la SCHL et du nombre de ménages non-subventionnés nécessitant un soutien au loyer (Question 2 + Question 5 a).

Actuellement subventionné?	Typologie du logement (ex. 1 chambre)	Composition du ménage		Revenu brut mensuel du ménage (\$)	Programme d'assistance sociale (si applicable)	Droit d'occupation	Services (cochez les services inclus)		
		Adultes	Dépendants				Électricité	Chauffage	Eau chaude
<input checked="" type="checkbox"/>	3-bedroom	2	2	\$2,400.00	N/A	\$1,300.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	1-bedroom	1	0	\$1,600.00	N/A	\$1,150.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bachelor	1	0	\$390.00	OW 1	\$1,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bachelor	1	0	\$1,400.00	N/A	\$1,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cochez cette case si le ménage est présentement subventionné par la SCHL.

Fournir le revenu mensuel le plus récent pour chaque ménage admissible. Si le ménage reçoit une composante d'allocation pour le logement, indiquez le ici.

Si un ménage reçoit de l'assistance sociale, indiquez le nom du programme ici.

Le droit d'occupation doit **exclure** tout frais pour des items comme le stationnement, la télévision et l'internet.

Voir la page suivante si le nombre de lignes est insuffisant. Pour toutes questions, veuillez contacter l'équipe IFLC-2 au [fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca](mailto:fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca) ou consulter le guide d'IFLC-2 sur notre site web.

Veuillez retourner votre formulaire d'adhésion ainsi que l'annexe dûment complétés par courriel à [fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca](mailto:fchi2-iflc2@cmhc-schl.gc.ca).

Si vous êtes dans l'impossibilité de nous transmettre ces documents par courriel, veuillez communiquer avec l'équipe de l'IFLC-2 au 1-800-668-2642.