ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᒃᑯᑦ
ᐊᓪᓚᕕᖓ
ᓄᓇᕕᒻᒥ

Nunavik
Housing
Bureau

Office
d'habitation
du Nunavik

Ce formulaire ne peut pas être soumis en ligne. Une fois rempli et signé, vous pouvez l'envoyer par courriel à
housing@nunavikhb.ca
ou le présenter en personne à votre bureau local de l'OHN.

Autorisation pour déductions à la source (D.A.S.)

ᐱᒍᓐᓇᕕᖃᕐᑎᓯᒍᑎᒃ ᕿᓇᐅᔭᓪᓴᓂᒃ ᐃᓚᖕᖓᑕᐅᓚᖓᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓪᓗᒫᑎᓯᒍᑎᒃ

Je, sousigné(e),____ ,
ᐅᕙᖓ, ᐊᑎᓕᐅᕐᑐᖓ

Habitant le Village Nordique de:________________________________,
ᓄᓇᓕᐅᑉ ᓇᔪᕐᑕᒪ ᐊᑎᖓ

à l'Office d'habitation du Nunavik, numéro de maison ________ Immeuble: ________ C.P. ________
ᑲᑎᕙᒃ ᓄᓇᓖᓐᓂ ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕕᒻᒪᕆᒃ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᖏᑦᑕ ᑭᓯᑦᓯᖑᑎᖓ ᐃᓪᓘᑉ ᓇᓗᓀᕐᑕᐅᒍᑎᖓ, ᐊᓪᓚᑖᕐᕕᖓ

Autorise mon employeur:____________________________________,
ᐊᖓᔫᖅᑳᒧᑦ ᐊᖏᕐᑕᐅᓯᒪᔫᒃ

à déduire de mon salaire une somme pour couvrir le paiement de mon loyer et/ou de mes arriérés.
ᕿᓇᐅᑦᔮᖃᓂᒃ ᐋᔭᕕᐅᖃᑦᑕᕈᒪᑦᓱᖓ ᐱᓇᓱᐸᕕᒐᓂ ᑕᕐᑭᑕᒦᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᖃᓄᑦ ᐅᐸᒍᓗᓃᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑐᖃᒃᑲᓄᑦ ᐃᓪᓗᒧᑦ

Informations nécessaires sur la personne déduite:
ᑮᖑᒪᒋᔭᐅᔫᑦ ᑐᑭᓯᒪᒍᑎᑦᓴᑦ ᐱᔭᕕᐅᔫᑉ

Nom légal complet: ____________________________
ᐃᓕᓐᓂᕐᓱᑎᑦ ᐊᑏᓐᓯᒪᔭᑦ

Date de naissance (jour/mois/année): ____________________________
ᐃᓕᓐᓂᕐᕕᐱᑦ ᐅᓪᓗᖓ (ᐅᓪᓗᖓ/ᑕᖅᑭᖓ/ᐊᕐᕌᒍᖓ)

Numéro Ass. Sociale ____________________________
ᐱᓇᓱᒍᓐᓇᐅᑎᐸᑦ ᑭᓯᑦᓯᒍᑎᖓ

Informations nécessaires au paiement
ᐊᑭᓖᒍᑎᒥ ᐊᓪᓚᓯᒪᒋᐊᓖᑦ

Loyer mensuel (incl rebais): $ ____________________
ᐊᑭᑭᓐᓕᓇᐊᕐᓯᒪᔫᒃ ᑕᖅᑭᑕᒪ ᐊᑭᓕᑦᓴᐃᑦ

Montant à déduire: $ ____________________
ᐃᒣᓪᓗᐊᑐᒥᒃ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᒃ:

Fréquence: ☐ Hebdomadaire ☐ Bi-mensuel ☐ Mensuel:
ᐊᑭᓕᕐᑐᐃᓂᓇᓚᖓᔭᖓ: ☐ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᑖᑦ ☐ ᐱᓇᓱᐊᕈᓰᒃ ᒪᕐᕉᒃ ☐ ᑕᖅᑭᑖᑦ:

Je m'engage à ne pas modifier ou annuler cette autorisation sans un préavis de minimum 15 jours à l'OHN.
ᐅᕙᖓ ᒐᓱᐊᕐᑐᖓ ᓱᕐᕋᓚᖓᒍᓐᓃᓱᒋᑦ ᓅᖅᑲᑎᓚᖓᒍᓐᓃᓱᒋᓪᓗ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᒍᓐᓇᐅᑎᖓᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᖏᓐᓂᖓᓂ ᐅᓪᓗᐃᑦ ᖁᓕᓪᓗ ᑕᓪᓕᒪᐃᑦ ᓈᓚᐅᕐᑎᓇᒋᑦ ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᕐᔪᐊᖁᓐᓄᑦ

En cas de cessation d'emploi, la présente autorisation sera null, après notification donner à l'OHN.
ᐱᓇᓱᐊᕐᑎᐅᒍᓐᓃᕈᒪ, ᑖᓐᓇ ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᒍᓐᓇᐅᑎᖓ ᓱᓕᖕᖏᓂᓚᕐᑕᐅᓯᐊᓕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᑕᖃᖕᖏᓂᓚᕐᑕᐅᓗᓂ ᓯᕗᓂᕐᒥ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᐅᑎᐅᓯᐊᓕᒃ ᐅᑯᓄᖓ ᑐᓂᔭᐅᓗᓂ ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᕐᔪᐊᖁᓐᓄᑦ

J'autorise l'OHN à transmettre une copie de ce document à mon employeur.
ᐱᒋᐊᕐᑎᓯᒍᓐᓇᐅᑎᖓ ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᕐᔪᐊᖁᓐᓄᑦ ᑐᓂᔭᐅᓯᐊᓕᒃ ᐊᑦᔨᖓ ᑕᑦᓯᒪ ᓯᖁᑦᓴᔭᐅᑉ ᐊᖓᔫᖅᑳᓚᓄᑦ

Signé à: ____________________, Québec En ce ______ jour de ____________ 202__
ᐊᑎᓕᐊᕐᑐᒃ ᒫᓂ (ᓄᓇᓕᖓ), ᑯᐯᒃ ᒫᖕᖓᑦ ᐅᓪᓗᖓ ᐊᕐᕌᒍᖓᓗ

____
Signature du demandeur
ᐊᑎᓕᐅᕐᑐᒃ ᕿᓇᐅᔮᕐᕕᐅᔫᑉ

____
Signature du représentant de l'OHN
ᐊᑎᓕᐅᕐᑐᒃ ᐊᖏᕐᑕᐅᓯᒪᔫᖅ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᑭᒃᑲᑐᕐᑎ