

Numéro de dossier

Déclaration

Je soussigné(e), _____, ayant reçu tous
Nom de la personne admissible, de son (sa) représentant(e) ou du (de la) propriétaire du domicile (en lettres moulées)

les renseignements nécessaires pour participer au programme, désire par la présente annuler la demande d'aide faite pour le domicile situé au :

Adresse (numéro, rue, appartement)

Municipalité

Code postal

Raison de l'annulation

Besoins comblés autrement

Délais d'attente trop longs

Désintérêt pour le *Programme d'adaptation de domicile* (non causé par les délais)

Déménagement ou hébergement dans un établissement

Décès

Autre (précisez) : _____

Renseignements sur la personne admissible

Prénom et nom (en lettres moulées)

Date
de naissance

Année

Mois

Jour

Signature de la personne qui demande l'annulation (personne admissible, représentant(e) ou propriétaire du domicile)

Prénom et nom (en lettres moulées)

Signature

Année

Mois

Jour

Signature du (de la) représentant(e) autorisé(e) du partenaire

Prénom et nom (en lettres moulées)

Signature

Année

Mois

Jour