



## EVACUEE INCOME DISRUPTION SUPPORT PROGRAM

### APPLICATION FOR FUNDING

This program aims to provide targeted financial relief during evacuations. Its goal is to ease the financial burdens faced by evacuees and assist in their recovery.

**Applicants must send the completed form to [EIDS@gov.nt.ca](mailto:EIDS@gov.nt.ca).** Only complete applications will be processed.

**Contact: (867) 767-9168 ext. 15026**

## PROGRAMME D'AIDE À LA PERTE DE REVENUS POUR LES PERSONNES ÉVACUÉES

### DEMANDE DE FINANCEMENT

Le Programme vise à fournir une aide financière ciblée pendant la durée des évacuations. Il a pour but de soulager le fardeau financier qui pèse sur les personnes évacuées et de les aider à se rétablir.

**Les demandeurs doivent envoyer le présent formulaire dûment rempli à l'adresse [EIDS@gov.nt.ca](mailto:EIDS@gov.nt.ca).** Seules les demandes complètes seront traitées.

**Nous joindre : (867) 767-9168 ext. 15026**

### Applicant Information | Renseignements sur le demandeur

<b>Applicant Name</b> Nom du demandeur	
<b>Social Insurance Number</b> Numéro d'assurance sociale	
<b>Mailing Address</b> Adresse postale	
<b>Email Address</b> Courriel	
<b>Telephone</b> Téléphone	
<b>Employer</b> Employeur	
<b>Employer's address</b> Adresse de l'employeur	
<b>Employer's telephone</b> Téléphone de l'employeur	

## Declaration of Applicant | Déclaration du demandeur

**Please check the box for each of the following statements and sign in the space provided to complete your application.**

- I declare that I am providing the information contained in this application, including its supporting documents, to the Department of Finance for the purpose of being considered for the Evacuee Income Disruption Support program.
- I declare that I have lost employment income due to an evacuation and that I have not received any financial assistance from my employer.
- I declare that I have read this declaration in full and that its contents are accurate.
- I understand that personal information contained on this form is collected under section 40(c)(i) of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*, and will be used to respond to my request.

**Pour remplir dûment le présent formulaire de demande, veuillez cocher les cases de chacun des énoncés suivants, puis apposer votre signature dans l'encadré prévu à cet effet.**

- J'atteste fournir les renseignements figurant dans le présent formulaire de demande, ainsi que dans les documents justificatifs, au ministère des Finances afin de déposer une demande au titre du Programme d'aide à la perte de revenus pour les personnes évacuées.
- J'atteste avoir perdu mon revenu d'emploi en raison d'une évacuation et ne pas avoir reçu d'aide financière de la part de mon employeur.
- J'ai lu la présente déclaration au complet et j'en atteste l'exactitude.
- Je comprends que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu du sous-alinéa 40c)(i) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et seront utilisés pour répondre à ma demande.

Applicant Signature | Signature du demandeur

Date (YYYY-MM-DD) | Date (AAAA-MM-JJ)

**Please note: your employer may be contacted to verify your information.**

**Remarque : On pourrait communiquer avec votre employeur pour vérifier vos renseignements.**



## Application for Direct Deposit

### Instructions:

- Funds will only be deposited into ONE bank account.
- Funds can only be deposited in the name of the person or company who CURRENTLY receives a cheque from the GNWT, NWTHC, or NTHSSA.
- For joint bank accounts, this form must be signed by both account holders where both are registered as payment recipients.
- Please return the signed form to GNWT Financial and Employee Shared Services (options below)

**INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE PROCESSED**

### Part 1: Party authorized to receive payment

Last name or Company name:		First name, middle name:	
Address:		City/town:	
Province/territory:	Postal code:	Telephone number:	
Email Address for Payment Notifications:		Supplier ID (if known):	

### Part 2: Bank information

Name of bank:		Bank address:	
Type of account:	Institution number:	Branch number:	Account number:
Financial institution officer's signature		Telephone number:	Date (DDMMYY):

**Financial Institution Stamp Here:**

I authorize the Government of the Northwest Territories (GNWT), Northwest Territories Housing Corporation (NWTHC) and Northwest Territories Health and Social Services Authority (NTHSSA) to make all payments to me by deposit to the above account. Payment shall continue until I advise you of any change.

\_\_\_\_\_  
Signature #1

\_\_\_\_\_  
Date (DDMMYY)

\_\_\_\_\_  
Signature #2 (for joint accounts)

\_\_\_\_\_  
Date (DDMMYY)

When completed, the personal information included on this form is considered to be confidential. It will be used solely for the purpose of depositing payments from the Government of the Northwest Territories (GNWT), the Northwest Territories Housing Corporation (NWTHC) and the Northwest Territories Health & Social Services Authority (NTHSSA) directly into your bank account. The GNWT commits to protect this information from unauthorized access. Any disclosure not related to the purpose for which the information was collected, will be handled in accordance with the requirements of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*. If you have questions or concerns about how your personal information is being collected, stored and used, please contact the Department of Finance, Financial and Employee Shared Services.



## Demande de dépôt direct

### Instructions:

- Les fonds seront déposés dans UN seul compte bancaire.
- Les fonds ne peuvent être déposés qu'au nom de la personne ou de l'entreprise qui reçoit ACTUELLEMENT un chèque du GTNO, de la SHTNO ou de l'ASTNO.
- Pour les comptes bancaires conjoints, ce formulaire doit être signé par les deux titulaires de compte qui sont tous deux inscrits comme bénéficiaires des paiements.
- Veuillez retourner le formulaire signé aux Services financiers partagés et services aux employés du ministère des Finances (options ci-dessous).

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS.**

### PARTIE 1: Partie autorisée à recevoir le paiement

Nom de famille ou nom de l'entreprise		Prénom, second prénom	
Adresse		Collectivité	
Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone :	
Adresse de courriel pour les avis de paiement		Numéro d'identification du fournisseur (si connu)	

### PARTIE 2 : Renseignements bancaires

Nom de la banque		Adresse de la banque	
Type de compte (veuillez cocher une réponse)	Numéro de l'institution	Numéro de la succursale	Numéro de compte
Signature d'un agent de l'institution financière		Numéro de téléphone :	Date [JJ-MM-AAAA]

**Tampon de l'institution ici**

J'autorise le GTNO, la SHTNO et l'ASTNO à effectuer tous les paiements qui me sont dus par dépôt dans le compte ci-dessus. Les dépôts se poursuivront jusqu'à ce que je vous avise de tout changement.

Signature #1

Date [JJ-MM-AAAA]

Signature 2 (si compte conjoint)

Date [JJ-MM-AAAA]

Une fois le formulaire rempli, les renseignements personnels qu'il contient sont considérés comme confidentiels. Le formulaire sert uniquement à déposer des paiements du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO), de la Société d'habitation des Territoires du Nord-Ouest (SHTNO) et de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (ASTNO) directement dans votre compte bancaire. Le GTNO s'engage à protéger ces renseignements contre tout accès non autorisé. Toute divulgation non liée aux fins pour lesquelles les renseignements ont été recueillis sera traitée conformément aux exigences de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de la façon dont vos renseignements personnels sont recueillis, stockés et utilisés, veuillez communiquer avec les Services financiers partagés et services aux employés du ministère des Finances.