

**Programme familial d'autosuffisance
Plan individuel de formation et de services**

Pièce jointe _____

Nom du bénéficiaire _____

Numéro de sécurité sociale _____

Objectif final

Nombre d'objectif intermédiaire _____

Date de réalisation _____

Activités/Services

Parties responsable

Date(s)

Commentaires

Signatures :

Famille

(Bénéficiaire)

(Date de signature)

Office des logements sociaux

(Signature du représentant de l'office des logements sociaux)

(Date de signature)

Programme familial d'autosuffisance Plan individuel de formation et de services

Pièce jointe _____

Nom du bénéficiaire _____

Numéro de sécurité sociale _____

Nombre d'objectif intermédiaire _____

Date de réalisation _____

Activités/Services

Parties responsable

Date(s)

Commentaires

Le présent document est la traduction d'un texte juridique préparé par le HUD, qui vous offre ce service simplement à titre de commodité pour vous aider à mieux comprendre vos droits et vos devoirs. C'est la version anglaise de ce document juridique qui constitue le texte officiel de référence. La présente traduction n'est pas un document officiel.