



**REGISTRE DES FORMULAIRES
«TEST ABRÉGÉ
DES BESOINS ET DES RESSOURCES»**

Nom de la maison d'hébergement	Pour la période se terminant le 31 mars _____
Région administrative	N° de dossier

Données recueillies auprès des personnes ne bénéficiant pas d'aide financière accordée dans le cadre d'un programme prévu au chapitre I, II, V ou VI du titre II de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles.

Numéro formulaire	Nombre d'enfants	JOURS-PRÉSENCE		N° de dossier * (✓)	Revenus* *	Avoir liquide personnel disponible
		Adultes	Enfants			
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	
					A B	

* Cocher s'il s'agit d'un prestataire d'aide financière accordée dans le cadre d'un programme prévu au chapitre I, II, V ou VI du titre II de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles.

** A) Revenu mensuel personnel disponible

B) Prestations fédérales incluses dans A