

New Sakura-so Seniors' Housing Residence
Application for Housing

新さくら荘シニアレジデンス入居申込書

For office user only ここには記入しないこと

Date received _____ Interview date _____

Occupancy: Single/Double

YOU ARE APPLYING to live in government-assisted non-profit rental housing, owned and operated by NSHCHS. Applicants must provide information on total household income and assets to the Society so it can decide if you are eligible for consideration as tenants. Please answer all questions and print clearly. Please answer in English if you are able to.

新さくら荘は州政府の援助による非営利運営の賃貸住宅（賃貸アパート）で、日系高齢者住宅協会により所有・運営されています。協会が申込希望者の入居資格を審査するため、世帯の総収入と資産状況を必ず報告して下さい。全ての質問に答え、可能な限り英語で丁寧に記入して下さい。

1. Applicant 申込者

1.a Mr./Mrs./Ms. _____ Year年 _____ Month月 _____ Day日 _____
Family Name 氏 First Name 名 Initials(イニシャル) Date of Birth 生年月日

1.b _____
Current Physical Address 現住所 (Apt. No., Street Address, City, Province, Postal Code)

1.c _____
Res. Tel No. 固定電話番号 Cell. No. 携帯電話番号 Email イーメール

1.d _____
Occupation, Employer Name & Address 職業、会社名、住所 Bus. Tel No. 勤め先の電話番号
Primary Language 主な使用言語: English 英語 Japanese 日本語 Other その他 _____

1.e Status in Canada カナダでの身分状況
Citizen カナダ国民 Permanent Resident 永住者
Refugee Claimant 難民 Sponsored Immigrant 呼寄せ移住者
If Permanent Resident, please specify the date you became a Permanent Resident (DD/MM/YY)
永住権保持者の場合、カナダ入国日（日/月/年） _____

1. f. a contactable person NAME from family/relative members 名前（家族、親族のみ） _____

Name 名前: _____ Relationship to Applicant 申込者との関係: _____

Tel No. 電話番号: _____ Email: _____

1.g References: Please list two people, not family members, we may contact for references.

身元確認の問い合わせのため、家族以外の方（友人又は、知人）2名の氏名を記入して下さい。

1.g. • 1) Mr./Mrs./Ms.

Full Name 氏名

Tel 電話番号:

email イーメール:

1.g. • 2) Mr./Mrs./Ms.

Full Name 氏名

Tel: 電話番号:

email イーメール:

2. Co-applicant 共同申込者

2.a Mr./Mrs./Ms. Year 年 Month 月 Day 日

Family Name 氏 First Name 名 Initials(イニシャル) Date of Birth 生年月日

2.b

Address 住所 (Apt. No., Street Address, City, Province, Postal Code)

2.c

Cell. No. 携帯電話番号 Email イーメール

2.d

Occupation, Employer Name & Address 職業、会社名、住所 Bus. Tel No. 勤め先の電話番号

2.e.

Relationship to Applicant 申込者との関係

3. Health 健康状態

3.a Do you need a wheelchair accessible apartment?

Yes No

車椅子が使用可能なアパートが必要ですか?

はい いいえ

3.b Do you prepare your own meals?

Yes No

自分の食事は自分で用意していますか?

はい いいえ

3.c Do you receive home support services?

Yes No

ホームサポートサービスを受けていますか?

はい いいえ

3.d If YES, how many days a week does your home support worker come?

受けている場合、週に何日そのサービスを受けていますか?

Day(s)日/week 週

4 Current & Past Housing 現在と過去の住居について

4.a Name of current Landlord or Building Manager _____

現在の家主又は管理人の名前

His/Her telephone Number 電話番号 _____

4.b How long have you lived at your current address? _____

現住所には何年住んでいますか? _____

4. c Are you presently living in subsidized housing? YES NO
現在の住居は州政府の援助のある住宅ですか? はい いいえ

4.d Did your landlord give you a Notice to end Residential Tenancy? (Attach notice.) YES NO
現在住んでいる所から出なければならないという通知を受け取っていますか? はい いいえ

If NO, why do you want to move? _____
上の質問に「いいえ」と答えた方：なぜ現在の住居から引っ越したいのですか?

4.e Are you living with family or friends? YES NO
現在、家族・友人と同居していますか? はい いいえ

4.f Do you: 次のどの状態に該当しますか?
 Rent 借家 Share Expenses 経費を共同負担 Own 自己所有
 Have free accommodation 家賃は無料 Subsidized Housing 政府援助のある住宅

4.g \$ _____ + \$ _____ = \$ _____
Current Monthly Rent Average monthly hydro & heat Total
現在の月額の家賃 暖房費と光熱費の月額平均 合計

4.h Other comments about your present housing and neighborhood.
現在の住居及び近隣に関するコメントなどがあれば記入して下さい。

4.i Please describe your interests, volunteer activities, etc.
あなたの趣味やボランティア活動について記入してください。

4. j Have you ever lived in subsidized housing? YES NO
かつて政府の援助のある住宅に住んだことがありますか? はい いいえ

4.k If YES, give the name and address of the property.
上の質問に「はい」と答えた方は住居名及び住所を記してください。

4..l Address 住所 _____

4..m How long did you live there そこには何年住んでいましたか? _____

5. HOUSEHOLD INCOME 現在の世帯収入 (所得) について

SOURCE OF INCOME 収入源	Applicant 申込者	Co-Applicant 共同申込者
5. a) Employment Income 雇用による収入 (給与所得)		
5.b) GIS (Guaranteed Income Supplement) 補足年金		
5.c) DB (Disability Benefits) 障害手当		
5.d) OAS (Old Age Security Pension) 老齢年金		
5.e) DVA (Disabled Veterans Allowance) 戦争障害者手当		
5.f) CPP (Canada Pension Plan) カナダ年金		
5.g) Employment Insurance 雇用保険		
5.h) Other – please specify その他—具体的に		
5.i) TOTAL GROSS MONTHLY INCOME 一ヶ月の総収入		

For office uses only Less employed income allowance ここには記入しないこと	
Net Income (A) 純収入	\$

6 ASSETS – List the current value of all assets held by you and your co-applicant:

資産 申込者及び共同申込者が保有するすべての現在における資産価値を記入して下さい。

DO NOT include personal belongings such as: car, furniture, jewellery, etc. 車、家具、宝石など日常生活に必要な身の まわ 回り品は記入しないで下さい。	Stocks/Bonds/Term Deposits 株式/債権/定期預金	6.1	
	Bank balances/Cash 預金残高/現金	6.2	
DO include assets that have the potential to earn now or in the future, such as equity pension plan RRSPs. RRSP や年金のように現在または将来収入と 可能性がある資産は記入してください。	Real Estate Owned 所有している不動産	6.3	
	Other Assets (describe) その他の資産 (具体的に)	6.4	
	TOTAL VALUE OF ASSETS 総資産額	6.5	

For office use only ここには記入しないこと	LESS EXEMPTION 控除額を除く	
	Net Value of Assets 純資産額	
	Monthly income from assets: ()% of net assets / 12 (B) 資産からの収入の月額	
	TOTAL MONTHLY INCOME 1ヶ月の総収入(A+B)	

Please note: Both applicant and co-applicant must sign below.

I/We declare that the above information is complete and correct to the best of my/our knowledge and agree to give documents or other evidence if it is required by the Society. I/We understand it is my/our responsibility to tell the Society about any changes in this information. I/We understand that this application does not mean that the Society will provide me/us with rental accommodation.

申込者と共同申込者が申し込む場合は兩人とも下記に署名してください。
上記の記入事項が私/私たちの知る限りにおいて、正しくかつ完全であることを宣誓します。
また協会の要望があれば事実を証明する文書を提出することに同意します。上記の記入事項に変更があった場合、変更内容を協会に連絡することは私/私たちの責任であることに同意します。
この申込書がアパートの入居を保証するものではないことに同意します。

7. Applicant's Signature 申込者署名 _____ Date 日付 _____

Co-applicant's Signed 共同申込者署名 _____ Date 日付 _____

RETURN TO: Nikkei Senior Health Care
返送先 & Housing Society
6680 Southoaks Crescent
Burnaby, BC
V5E 4N3

For information in filling out this form,
phone (604) 777-5000/ fax (604)777-5000
この用紙の記入に関してご質問がある
場合は(604) 777-5000 迄お電話ください。