

Local employment centre

To be completed by the recipient

Identification
 First and last names of recipient _____ File number _____

Number of people whose belongings are to be moved:

Number _____ Street, range or post office box _____ Apartment _____	Number _____ Street, range or post office box _____ Apartment _____
Present address City _____	New address City _____
Postal code _____ Telephone _____ Area code _____ Number _____	Postal code _____ Telephone _____ Area code _____ Number _____

Reason for moving _____ Moving date Year _____ Month _____ Day _____

Note – Attach a medical certificate if you are moving for health reasons or the municipal inspector’s report if you are moving for reasons of hygiene.

Description of current dwelling (give the number of rooms)

Total rooms Living room Kitchen/dining room Bedrooms Other:

Description of furniture to be moved (give the number)

Living room	Kitchen/ dining room	Bedrooms	Other
Sofas _____	Stove _____	Beds _____	Washer _____
Chairs _____	Refrigerator _____	Dressers _____	Dryer _____
Televisions _____	Dishwasher _____	Bedside table _____	Microwave oven _____
VCRs and sound systems _____	Kitchen table _____	Chairs _____	Freezer _____
Tables _____	Chairs, rocking chairs _____	Lamps _____	Other: _____
Lamps _____	Cupboards _____	Other: _____	Other: _____

If a rented vehicle is to be used for moving

Name and address of owner of vehicle rent _____

Rental cost (estimated) \$ _____	Cost of gas (estimated) \$ _____
----------------------------------	----------------------------------

Solemn affirmation of the recipient

I solemnly affirm that the information provided in this application is accurate and complete.

_____ Date _____ Signature of recipient _____

Partie à être remplie par le déménageur

Renseignements sur l'identité du déménageur

Nom du déménageur _____ Adresse _____

Indiquez : votre numéro d'entreprise du Québec _____ ou votre numéro d'identification à notre ministère _____

Téléphone _____ Ind. rég. _____ Numéro _____

Numéro de plaque d'immatriculation _____

S'il s'agit d'un transport local (dans un rayon de 50 km)

Nombre d'employés (incluant le propriétaire) <input type="text"/> X	Nombre d'heures prévues <input type="text"/> X	Taux horaire \$ _____	<input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> majoré de moitié <input type="checkbox"/> doublé	=	Coût total \$ _____
---	--	-----------------------	---	---	---------------------

S'il s'agit d'un transport de longue distance

Poids estimatif du chargement _____ lb _____ kg	Distance à parcourir _____ mille _____ km	Tarif au _____ \$	<input type="checkbox"/> 100 lb <input type="checkbox"/> 50 kg	Coût total _____ \$
---	---	-------------------	---	---------------------

_____ Date _____ Signature du déménageur _____