

COVID - 19 Emergency Relief Fund

Please note that the emergency fund is for Tzeachten First Nation Members only.

Please submit completed form with the following info:

- *Head of Household (Member)*
- *Address*
- *Phone Numbers*
- *All Tzeachten members in home*
- *DOB*
- *Status/Non Status*
- *Status number - if applicable*

Send completed form to: ap@tzeachten.ca & reception@tzeachten.ca

Family Details

Head of Household: _____

Address: _____

Contact Home # _____ *Mobile#* _____

<i>Adults Name</i>	<i>DOB</i>	<i>GENDER</i>	<i>Status</i>	<i>Status #</i>
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
<i>Children Names</i>	<i>DOB</i>	<i>GENDER</i>	<i>Status</i>	<i>Status #</i>
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	
		<input type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> <i>M</i>	<input type="checkbox"/> <i>Y</i> <input type="checkbox"/> <i>N</i>	