

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LOGEMENT

DATE DE LA DEMANDE

J J M M A A A A

IDENTIFICATION

NOM DU/DE LA DEMANDEUR(E) :

NO. DE TÉLÉPHONE:

AUTRES MOYENS DE CONTACT :

GENRE: HOMME FEMME AUTRE (veuillez préciser) Je préfère ne pas répondre

PRONOMS: il elle iel AUTRES (veuillez préciser) Je préfère ne pas répondre

STATUT: Citoyen(ne) canadien(ne) Résident(e) permanent(e) AUTRE (veuillez préciser)

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE AUTOCHTONE ?

OUI NON Je préfère ne pas répondre

SI OUI, À QUELLE COMMUNAUTÉ VOUS IDENTIFIEZ-VOUS?

LANGUE : Français Anglais Autre (veuillez préciser) :

DATE DE NAISSANCE : **ÂGE :**

J J M M A A A A

RÉFÉRENCE

Veillez indiquer les coordonnées de l'intervenant-e, TS, infirmier-ière, médecin ou autre personne qui vous réfère

NOM DU RÉFÉRENT :

LIEN AVEC VOUS :

NOM DE L'ORGANISME :

NO. TÉLÉPHONE :

ADRESSE COURRIEL :

LOGEMENT

DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT VOTRE SITUATION PASSÉE ET ACTUELLE

(exemples : lieu de résidence passé et actuel, raisons de l'absence de domicile, antécédents judiciaires si connus et transmis de façon volontaire, etc).

POSSÉDEZ-VOUS UN ANIMAL DE COMPAGNIE ? OUI NON

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE EN SITUATION D'ITINÉRANCE ? OUI NON

AVEZ-VOUS DES DEMANDES
SPÉCIFIQUES (PAR EX. ACCESSIBILITÉ,
LOGEMENT ADAPTÉ, SOINS, ETC.)

SUBVENTION AU LOYER

Les données sont recueillies à titre d'information. Selon le cas, un formulaire officiel d'admissibilité devra être complété éventuellement.

POSSÉDEZ-VOUS DES BIENS D'UNE VALEUR ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 50 000\$? OUI NON

AVEZ-VOUS UN REVENU BRUT DE MOINS DE 38 000 \$? OUI NON

SI OUI, QUELLES SONT VOS SOURCES DE REVENUS ? COMBIEN RECEVEZ-VOUS PAR SEMAINE OU PAR MOIS ?

AVEZ-VOUS LES PREUVES DE CES REVENUS ? OUI NON

AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UNE DÉCLARATION D'IMPÔT PROVINCIALE POUR L'ANNÉE 2023 ? OUI NON

AVEZ-VOUS RÉSIDÉ DANS LA COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL DURANT UN MINIMUM DE 12 MOIS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES? OUI NON

ÊTES-VOUS UN ANCIEN LOCATAIRE DE HLM DONT LE BAIL A ÉTÉ RÉSILIÉ POUR CAUSE DE DÉGUERPISSEMENT, DE NON-PAIEMENT D'UNE DETTE AU LOCATEUR OU À LA SUITE D'UN JUGEMENT DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU LOGEMENT ? OUI NON

AUTONOMIE ET ÉTAT DE SANTÉ

AVEZ-VOUS DES LIMITATIONS PHYSIQUES ? SI OUI, LESQUELLES :

QUEL EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL?

QUEL EST VOTRE NIVEAU D'AUTONOMIE?

QUEL EST VOTRE HISTORIQUE DE SANTÉ MENTALE?

QUEL EST VOTRE HISTORIQUE DE TOXICOMANIE?

ÊTES-VOUS SUIVI(E) PAR UN(E) PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ OU UN INTERVENANT(E) ?

OUI

NON

NOM ET TITRE :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

NO. TÉLÉPHONE :

ADRESSE COURRIEL :

En apposant ma signature, j'autorise l'intervenant(e) à contacter le/la/les intervenant(e)s mentionné(e)s dans le présent formulaire et à échanger des informations me concernant.

SIGNATURE DU/ DE LA DEMANDEUR(E):

DATE: