

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LOGEMENT

DATE DE LA DEMANDE

J J M M A A A A

IDENTIFICATION

NOM DU/DE LA DEMANDEUR.EUSE :

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

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

LANGUE : Français Anglais Autre (veuillez préciser) :

DATE DE NAISSANCE :

J J M M A A A A

ÂGE :

RÉFÉRENCE

VEUILLEZ INDIQUER LES COORDONNÉES DE L'INTERVENANT.E, TRAVAILLEUR.EUSE SOCIAL.E, INFIRMIER.ÈRE, 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, etc).

POSSÉDEZ-VOUS UN ANIMAL DE COMPAGNIE ? OUI NON

SUBVENTION AU LOYER

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

AVEZ-VOUS UN REVENU BRUT DE MOINS DE 31 000 \$? OUI NON

QUELLES SONT VOS SOURCES DE REVENUS ? COMBIEN RECEVEZ-VOUS PAR MOIS ?

AVEZ-VOUS LES PREUVES DE CES REVENUS ? OUI NON

AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UNE DÉCLARATION D'IMPÔT PROVINCIALE POUR L'ANNÉE 2021 ? OUI NON

AVEZ-VOUS RÉSIDÉ DANS LA COMMUNAUTÉ MÉTROPOLITAINE DE MONTRÉAL (GRAND MONTRÉAL) AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS ? 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

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 :

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

QUEL EST VOTRE ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL ?

QUEL EST VOTRE HISTORIQUE DE SANTÉ MENTALE ?

QUELLES SONT VOS HABITUDES DE CONSOMMATION? (DROGUES ET ALCOOL)

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.EUSE:**

DATE: