



Shawinigan, le _____

DEMANDE DE TRANSFERT

Nom : _____

Adresse : _____

Afin de permettre au Conseil d'administration de bien évaluer votre demande de transfert, veuillez remplir les deux (2) sections du formulaire.

SECTION 1

Oui Non

Votre demande de transfert est-elle liée à des problèmes de santé physique ?

Si oui remplir la "section 3 médicale" par un médecin.

Votre demande de transfert est-elle liée à des problèmes de santé psychologique ou cognitif ?

Si oui remplir la "section 3 médicale" par un médecin.

Votre demande de transfert est-elle liée à un problème de voisinage ?

Votre demande de transfert est-elle liée à l'ajout d'un nouvel occupant dans votre ménage ?

Votre demande de transfert est-elle liée au départ d'un occupant dans votre ménage ?

Autre motif : _____

SECTION 2

Décrivez-nous les raisons de votre demande de transfert :



113, 3e rue # 100 Shawinigan (Québec) G9N 1H5 819-537-5955

OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE SHAWINIGAN

SECTION 3 MÉDICALE

Problèmes de santé en lien à votre demande de transfert de logement (à remplir par un médecin) :

Signature du professionnel de la santé

Signature du locataire

Nom en lettres moulées du professionnel de la santé

Nom en lettres moulées du locataire

Date de la visite

Adresse locataire

