



Demande de logement à loyer modique

(Les parties ombragées sont réservées à l'usage de l'organisme)

A

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (Art. 11 et 16)

| | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| Nom et prénom du demandeur | Ind. rég. () | N° de téléphone - |
| Nom et prénom de la personne à joindre en l'absence du demandeur | Ind. rég. () | N° de téléphone - |
| Adresse actuelle et adresse de chacun des lieux où vous avez résidé dans la province de Québec au cours des 24 mois précédant votre demande. | | |
| Adresse | Code postal | Durée de résidence (an/mois) / |
| Adresse précédente | Code postal | Durée de résidence (an/mois) / |
| Adresse précédente | Code postal | Durée de résidence (an/mois) / |
| 1- Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 2- Est-ce que vous, ou un membre de votre ménage, avez : | | |
| - déjà été expulsé d'un logement à loyer modique? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - déjà déguerpi d'un logement à loyer modique sans aviser le locateur? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - une dette envers un locateur de logements à loyer modique? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

B

INFORMATIONS SUR L'AUTONOMIE (Art. 11 et 14)

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Êtes-vous autonome (c.-à-d. capable d'assurer vos besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles sans aide)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Êtes-vous autonome avec l'aide d'un soutien extérieur ? Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie » jointe à la présente demande. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Un membre de votre ménage est-il atteint d'un handicap physique locomoteur qui entraîne des difficultés d'accessibilité au logement (fauteuil roulant, marchette, etc.)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ». | | |
| 4. Un membre de votre ménage est-il en perte d'autonomie ou atteint d'un handicap physique locomoteur qui nécessite d'habiter avec un proche aidant ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ». | | |

C

CHOIX DE SECTEUR (Art. 11.9)

Si cela s'applique à votre demande, veuillez inscrire votre choix parmi les secteurs qui figurent sur la liste fournie par l'organisme.

Numéros ou noms des secteurs :
Tous les secteurs :
D

COMPOSITION DU MÉNAGE (Art. 11)

| Nombre total des membres du ménage | | Numéro de téléphone du chef du ménage | | | | Ind. rég. () | N° de téléphone - | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----|---|--|-----------------------|----------------------|---------------------|----------------------------------|
| Occupant | Nom et prénom du demandeur et de tous les membres du ménage, y compris le nom du proche aidant* s'il y a lieu | Date de naissance (an/mois/jour) | Âge | Sexe | Lien de parenté avec le demandeur ou le conjoint | % de temps de garde** | N° assurance sociale | Handicapé (oui/non) | Étudiant à temps plein (oui/non) |
| A | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |
| B | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |
| C | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |
| D | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |
| E | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |
| F | | / / | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | - - | | |

*Proche aidant : Veuillez remplir le tableau ci-dessus. S'il y a lieu, inscrivez « proche aidant » dans la colonne « lien de parenté ».

 En cas de garde partagée, veuillez préciser le **pourcentage de temps de garde pour chaque enfant.

E

REVENUS (de l'année civile précédant la date de la demande) (Art. 27)

| | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Année | | | | | |
| Indiquez les revenus annuels de chaque membre de votre ménage, y compris le revenu du proche aidant s'il y a lieu. Veuillez joindre les pièces justificatives. | A | B | C | D | E | F |
| Revenu de travail | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Assurance Emploi * | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Emploi-Québec (formation) ** | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Sécurité du revenu | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pension de vieillesse | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Régie des rentes | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Autres pensions | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Intérêts et placements | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| CSST | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| SAAQ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Pension alimentaire reçue | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Autres revenus (précisez) | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Total partiel individuel : | 0\$ | 0\$ | 0\$ | 0\$ | 0\$ | 0\$ |
| TOTAL PARTIEL DU REVENU DU MÉNAGE | | | | | | |

* Les prestations d'aide sociale versées en vertu des articles 74 à 78 et 204 du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles pour tout enfant à charge majeur qui fréquente un établissement d'enseignement (Art. 2.7 du Règlement sur les conditions de location)

** Les sommes supplémentaires versées par Emploi-Québec dans le cadre des modalités d'application des mesures actives d'Emploi-Québec financées par le Fonds de développement du marché du travail (Art. 2.11) et les allocations d'aide à l'emploi versées au cours d'une année civile à une personne qui participe à des mesures actives d'Emploi-Québec jusqu'à concurrence d'un montant de 1 560 \$ par personne (Art. 2.13 du Règlement sur les conditions de location)

F BIENS POSSÉDÉS PAR LE MÉNAGE (Art. 11 et 16 si le locateur a adopté un règlement à cet effet)

Indiquez la valeur marchande des biens qui sont **actuellement** en votre possession ainsi que ceux de votre ménage :

1- AVOIR LIQUIDE + \$
(y compris capital et placements divers)

2- BIENS IMMEUBLES + \$
(propriétés)

3- AUTRES BIENS + \$
(excluant le mobilier)

**VALEUR TOTALE
DES BIENS POSSÉDÉS = \$**
(additionner les sommes de 1 à 3)

Les biens énumérés ci-après ne sont pas considérés pour établir la valeur totale de vos biens et de ceux de votre ménage :

- les meubles et les effets d'usage domestique en totalité;
- les livres, les instruments et les outils nécessaires à l'exercice d'un emploi ou à la pratique d'un métier ou d'un art;
- la valeur des crédits de rente accumulés à la suite de l'adhésion à un régime de retraite autre que le régime instauré par la Loi sur le régime de rentes du Québec (L.R.Q., c. R-9) ou à un régime équivalent au sens de cette loi ainsi que les sommes accumulées avec intérêts à la suite de la participation du prestataire à un autre instrument d'épargne-retraite qui, en vertu du régime, de l'instrument d'épargne ou de la loi ne peuvent être retournés au participant avant l'âge de la retraite;
- les biens dont l'enfant à charge est propriétaire si leur gestion relève d'un tuteur, d'un liquidateur de succession ou d'un fiduciaire avant que la reddition de compte ne soit faite;
- les biens que l'enfant à charge acquiert par son travail personnel;
- les équipements adaptés aux besoins d'un adulte ou d'un enfant à charge qui présente des limitations fonctionnelles, y compris un véhicule adapté au transport et qui n'est pas utilisé à des fins commerciales;
- la valeur d'un contrat d'arrangement préalable de services funéraires et d'un contrat d'achat préalable de sépulture lorsque ces contrats sont en vigueur;
- les sommes accumulées dans un régime enregistré d'épargne-invalidité, y compris celles qui y sont versées sous forme de bons canadiens pour l'épargne-invalidité ou de subventions canadiennes pour l'épargne-invalidité, au bénéfice de l'adulte seul ou d'un membre de la famille et dont celui-ci ne peut disposer à court terme, selon les règles applicables à ce régime.

G COMMENTAIRES DU DEMANDEUR

H INFORMATIONS STATISTIQUES SUR LE DEMANDEUR (QUESTIONS FACULTATIVES)

La présente section a pour but de permettre à la Société d'habitation du Québec d'effectuer les analyses, les études et les recherches nécessaires à la planification de ses activités de même qu'à l'amélioration de ses programmes et de ses services. Toutes les réponses aux questions demeureront strictement confidentielles et ne seront jumelées à aucun renseignement nominatif qui permettrait d'identifier des individus ou des ménages.

Quelle langue utilisez-vous à la maison? S'il y en a plus d'une, précisez. Français Anglais Autres

Quelle langue utilisez-vous à l'extérieur du domicile? S'il y en a plus d'une, précisez. Français Anglais Autres

Êtes-vous né au Canada? Oui Non

Si vous avez répondu **non** à cette question, veuillez répondre aux questions suivantes :

Dans quel pays êtes-vous né?

Dans quelle région êtes-vous né?

En quelle année avez-vous obtenu le droit de résidence au Canada?

À quelle catégorie d'immigration apparteniez-vous lors de votre arrivée au pays?

Lors de votre arrivée au pays, aviez-vous un parrain ou un garant? Oui Non

Si oui, à quel moment s'est terminé ou se terminera l'engagement de votre parrain ou de votre garant? jour / mois / an

Êtes-vous citoyen canadien? Oui Non

AVERTISSEMENT à tous les demandeurs - Toute déclaration fausse ou trompeuse contenue dans la présente demande ou dans tout document qui y est joint peut, selon le cas, entraîner le retrait de la liste d'admissibilité, le refus d'octroyer un logement à loyer modique, la modification des conditions de location ou l'éviction du logement.

I ATTESTATION

Je certifie que les renseignements donnés plus haut sont véridiques et complets.

J'autorise l'organisme à faire toutes les vérifications qu'il juge opportunes. Il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les besoins de l'organisme et de la Société d'habitation du Québec.

Signature du demandeur

Date

Signature du responsable de l'organisme

Date

À REMPLIR PAR L'ORGANISME

J

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

| | | | |
|-----------|-----|------------------|----------------------|
| Organisme | | Ind. rég. () | N° de téléphone - |
| Numéro | Rue | Municipalité | Code postal |

K

RECEVABILITÉ DE LA DEMANDE (Art. 11 à 13)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1- Le demandeur a-t-il fourni tous les renseignements requis? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2- Le demandeur a-t-il joint tous les documents requis pour compléter sa demande? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3- Le demandeur a-t-il joint les preuves de revenus de tous les membres du ménage, y compris celles du proche aidant s'il y a lieu? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4- La demande est-elle recevable? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5- Si non, précisez les motifs dans la section N, synthèse du dossier. | | |

L

ADMISSIBILITÉ DE LA DEMANDE (Art. 14 à 16)

| | Oui | Non | Ne s'applique pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- Le demandeur est-il résident du Québec? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2- Le demandeur a-t-il résidé au Québec au moins 12 mois au cours des 24 mois précédant sa demande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3- Le demandeur a-t-il résidé dans le territoire de sélection de l'organisme au moins 12 mois au cours des 24 mois précédant sa demande? Cette question s'applique seulement si l'organisme a adopté un règlement à cet effet (art. 14.4) Cette question ne s'applique pas aux victimes de violence conjugale ni aux ménages comprenant une personne handicapée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Le demandeur est-il citoyen canadien ou résident permanent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5- Le demandeur et les membres de son ménage ont-ils l'âge déterminé par l'organisme ou par le Règlement sur l'attribution pour la catégorie de logement faisant l'objet de la demande? (Art. 2, 3, 4, 5 et 17) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6- Le revenu du ménage respecte-t-il le seuil des besoins impérieux? (Art. 14.5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7- La valeur des biens du ménage respecte-t-elle le maximum déterminé par l'organisme? Cette question s'applique seulement si l'organisme a fixé un maximum par règlement. (Art. 16.5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Le demandeur peut-il subvenir à ses besoins quotidiens de façon autonome ou, sinon, dispose-t-il du soutien nécessaire? Voir l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ». (Art. 14.2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9- Si le demandeur ou un membre de son ménage est un ancien locataire de logement à loyer modique, leurs antécédents leur permettent-ils d'être admissibles en vertu des paragraphes 1, 2, 3 et 4 de l'article 16 du Règlement sur l'attribution (éviction, déguerpissement ou dette non éteinte)? (Art. 16.1, 16.2, 16.3 et 16.4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10- Si le demandeur est étudiant à plein temps, vit-il avec un enfant à charge ou vit-il maritalement avec une personne ayant un enfant à charge? (Art. 16.6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11- Si la demandeuse est étudiante à temps plein, est-elle enceinte de 20 semaines ou plus? (Art. 16) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- Si le demandeur a des contraintes sévères à l'emploi au sens de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (L.R.Q., c. A-13.1.1), bénéficie-t-il d'une mesure ou participe-t-il à un programme d'aide et d'accompagnement social prévu dans cette loi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13- Question réservée aux coopératives d'habitation et aux OSBL : le demandeur respecte-t-il les critères d'admissibilité apparaissant à l'acte constitutif ou au règlement de l'organisme? Veuillez joindre la grille en annexe. (Art. 14) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Priorité, s'il y a lieu. (Art. 23 à 26)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le bail de la personne a été résilié en vertu de l'article 1974.1 du Code civil ou la personne est victime de violence conjugale. <input type="checkbox"/> Le ménage a été victime d'un sinistre. Inscrivez la date du sinistre (an/mois/jour). <input type="checkbox"/> Le ménage a été délogé par un organisme public ou en vertu d'un programme public. Inscrivez la date du départ (an/mois/jour). | <input type="checkbox"/> Le ménage habite déjà dans un logement à loyer modique et doit être relogé pour sa santé ou sa sécurité. <input type="checkbox"/> Le demandeur désire bénéficier du supplément au loyer géré par la coop ou l'OSBL où il habite déjà. <input type="checkbox"/> L'organisme a décidé de reloger le ménage en vertu de l'article 1990 du Code civil (catégorie et sous-catégorie de logement appropriées) ou a identifié par règlement d'autres types de logement comme étant prioritaires. |
|---|--|

M

PONDÉRATION

À quelle annexe de revenus se réfère-t-on pour ce ménage?

Numéro de l'annexe :

Logement de catégorie :
(A, B ou C)

Région concernée :
(N° et nom de la région)

Ville ou municipalité :

Nombre de personnes :

- 1 personne ou un couple
 2 ou 3 personnes (à l'exception d'un couple)
 4 ou 5 personnes
 Six personnes et plus

| | |
|---|-------------|
| TOTAL PARTIEL | |
| DU REVENU DU MÉNAGE = \$ | |
| (y compris les revenus du proche aidant s'il fait partie du ménage) | |
| - Moins (déduisez avec preuves) | |
| Pensions alimentaires versées | \$ |
| Frais d'hospitalisation versés | \$ |
| Frais d'hébergement versés | \$ |
| Total des déductions | - \$ |
| REVENU ANNUEL DU MÉNAGE | = \$ |
| REVENU MENSUEL TOTAL DU MÉNAGE = \$ | |
| (=revenu annuel ÷ 12) | |
| PONDÉRATION DU REVENU CONSIDÉRÉ | |
| La pondération est faite selon le numéro de l'annexe à gauche (s'assurer d'utiliser la bonne annexe en fonction de la région, du nombre de personnes dans le ménage et de l'année). | (E) |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| M1 | PONDÉRATION DES REVENUS (Maximum de 6 points) | | |
| | Si l'organisme a adopté un règlement en vertu du 2 ^e alinéa de l'article 27 pour un ménage constitué d'une personne seule, lorsque cette dernière est dans l'une des situations ci-après mentionnées, veuillez cocher la case correspondante et inscrire 6 points à la pondération des revenus. Sinon, veuillez indiquer la pondération selon l'annexe comme indiqué à la section M. | | |
| | <input type="checkbox"/> Personne âgée de 65 ans ou plus, dont le revenu est ≤ PSV + SRG <input type="checkbox"/> Personne bénéficiaire d'une allocation pour « contraintes sévères à l'emploi » en vertu du Programme de solidarité sociale | | |
| M2 | ANCIENNETÉ DE LA DEMANDE (Deux points par année pour un maximum de 6 points) | | |
| | Veuillez indiquer le nombre de points auxquels le demandeur a droit selon la date du dépôt de sa <i>Demande de logement à loyer modique</i> . | | |
| M3 | ENFANTS MINEURS (Un point par enfant mineur dont le demandeur a la garde au moins 40 % du temps) | | |

| | | | |
|-----------|---|--|----------------|
| | CRITÈRES LOCAUX (3 ^e alinéa de l'art. 27) | | |
| | S'applique uniquement, si le locateur a prévu octroyer des points supplémentaires par règlement local à un demandeur pour une ou plusieurs des quatre situations ci-dessous. Veuillez cocher les cases correspondantes et inscrire le nombre de points à accorder : | | Points (0 à 5) |
| | <input type="checkbox"/> personne handicapée; <input type="checkbox"/> environnement préjudiciable; <input type="checkbox"/> harmonie sociale; <input type="checkbox"/> personne handicapée qui réside sur le territoire du locateur (l'immeuble concerné ne comprend que des logements de catégorie C). | | |
| M4 | TOTAL DE LA PONDÉRATION DES CRITÈRES LOCAUX (Le total des points à accorder pour l'ensemble des situations décrites ci-dessus ne doit pas dépasser 5.) | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| M5 | FACTEURS PROPRES À L'ORGANISME (Art. 28) (RÉSERVÉ AUX COOPS ET AUX OBNL) | | |
| | À partir du règlement que l'organisme a adopté, veuillez indiquer les critères et le nombre de points auxquels le demandeur a droit selon les critères spécifiques à l'organisme. Veuillez joindre la grille en annexe. | | |

N

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|----------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|--|------|--|
| SYNTHÈSE DU DOSSIER | | | | | | | | | | | | |
| Date de réception de la demande (an/mois/jour) | Date de renouvellement de la demande (an/mois/jour) | PONDÉRATION (points) | | | | | | | | | | |
| Motifs de non-recevabilité ou motifs de priorité de la demande | | M1 Pondération des revenus | | | | | | | | | | |
| Nombre d'enfants mineurs | | M2 Ancienneté de la demande | | | | | | | | | | |
| Nombre de personnes handicapées | | M3 Enfants mineurs | | | | | | | | | | |
| Catégorie et sous-catégorie de logement (art. 1 à 8) | | M4 Critères locaux | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Catégorie</td> <td>Sous-catégorie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personne âgée</td> <td><input type="checkbox"/> Personne handicapée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Famille</td> <td><input type="checkbox"/> Chambre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Logement spéc.</td> <td><input type="checkbox"/> Studio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- CC</td> </tr> </table> | | Catégorie | Sous-catégorie | <input type="checkbox"/> Personne âgée | <input type="checkbox"/> Personne handicapée | <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Chambre | <input type="checkbox"/> Logement spéc. | <input type="checkbox"/> Studio | | - CC | M5 Facteurs propres à l'organisme |
| Catégorie | Sous-catégorie | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Personne âgée | <input type="checkbox"/> Personne handicapée | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Chambre | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Logement spéc. | <input type="checkbox"/> Studio | | | | | | | | | | | |
| | - CC | | | | | | | | | | | |
| Commentaires supplémentaires de l'organisme | | PONDÉRATION TOTALE | | | | | | | | | | |

O

| |
|--|
| COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES DE L'ORGANISME |
| |

VILLA LUPIEN

490, RUE LUPIEN (SHAWINIGAN) GOX 1L0

Le

M

OBJET : DEMANDE DE LOGEMENT A PRIX MODIQUE (H.L.M.)

Tel que demandé, vous trouverez ci-joint un formulaire de demande de logement, que vous n'aurez qu'à compléter. Par la suite, **VEUILLEZ PRENDRE RENDEZ-VOUS** à nos bureaux avec Madame Marie-Eve Villeneuve, en communiquant au ☎ **819-537-5955**.

Veillez prendre note **DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES** devant accompagner votre formulaire de demande de logement et ce, pour chacun des requérants.

1. **PHOTOCOPIE** DU DERNIER RAPPORT D'IMPOT _____ (Provincial seulement) formulaire et toutes les preuves de revenus tels que : T-4, T-5 et différents relevés et avis de cotisation au provincial pour toutes les personnes devant habiter avec vous.
2. **PHOTOCOPIE** DE VOTRE BAIL ORIGINAL ACTUEL ainsi que du dernier avis d'augmentation (s'il y a lieu) indiquant le prix de votre logement.

** Si vous n'avez pas de bail, inclure un reçu de votre dernier paiement de loyer.

** POUR LES PROPRIÉTAIRES

Inclure : Photocopie du compte de taxes municipales.
Photocopie du compte de taxes scolaires.
Facture d'électricité et/ou chauffage des 12 derniers mois.
3. **PHOTOCOPIE** DE VOTRE DERNIER COMPTE D'ÉLECTRICITÉ et/ou compte qui indique les consommations antérieures des derniers mois.
4. **PHOTOCOPIE** DE VOTRE CARTE D'ASSURANCE MALADIE (ou le baptistère) et ce, pour chacun des membres du ménage.
5. VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE DEMANDE UNE **PHOTOCOPIE** DE VOTRE « RELEVÉ DES ACTIFS » À JOUR QUE VOUS POUVEZ OBTENIR AUPRÈS DE VOTRE (VOS) INSTITUTIONS FINANCIÈRE(S) ET TOUS LES AUTRES DOCUMENTS TELS QUE : PHOTOCOPIES DE CERTIFICATS DE PLACEMENTS, OBLIGATIONS, ETC. (S'IL Y A LIEU).
6. SI VOUS RECEVEZ UNE PENSION ALIMENTAIRE, VEUILLEZ FOURNIR LES DOCUMENTS LÉGAUX À CET EFFET.
7. SI UN MEMBRE DU MÉNAGE EST UN(E) ÉTUDIANT(E) À TEMPS PLEIN DE PLUS DE 18 ANS, VEUILLEZ FOURNIR UNE ATTESTATION D'ÉTUDE DE L'ÉTABLISSEMENT QU'IL FRÉQUENTE.
8. SI VOUS POSSÉDEZ UNE VOITURE, INCLURE UNE **PHOTOCOPIE** DE VOTRE CERTIFICAT D'IMMATRICULATION.

TOUT DOSSIER POUR LEQUEL IL MANQUERA DES DOCUMENTS NE POURRA ÊTRE TRAITÉ.

Toute personne inscrite sur la liste d'admissibilité doit aviser par écrit l'Office Municipal d'Habitation de Shawinigan, de tout changement dans sa situation et, le cas échéant, celle de son ménage qui est de nature à influencer sur l'admissibilité ou le classement de sa demande.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec madame Marie-Eve Villeneuve au numéro suivant : ☎ **819-537-5955.**

Veillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Marie-Eve Villeneuve
Préposée sélection/location
O.M.H. Shawinigan

N.B. La demande doit être renouvelée à tous les ans lorsque vous recevez les formulaires à cet effet.

Projet Place Villa Lupien

(Programme PSL)

CHOIX DE RÉSIDENCE

VEUILLEZ COCHER VOTRE CHOIX DE RÉSIDENCE :

Résidence Projet Place Villa Lupien

490, Rue Lupien, Shawinigan, G0X 1L0

N.B. : Le requérant qui refuse le logement qui lui est offert, selon son choix, **verra son nom radié** de la liste d'attente pour une période de un (1) an, à compter de la date du refus, et ceci en conformité avec les articles 51 et 52 du règlement sur l'attribution des logements à loyer modique.

NOM DU REQUÉRANT

DATE : _____



OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE SHAWINIGAN
113, 3^e rue de la Pointe, bureau 100, Shawinigan (Québec) G9N 1H5

DEMANDE POUR UN LOGEMENT VILLA LUPIEN

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

VOTRE NOM

VOTRE ADRESSE

VOTRE DATE DE NAISSANCE

VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE COURRIEL : _____

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE D'UNE VOITURE OUI ____ NON ____

NUMÉRO D'IMMATRICULATION : _____

AVEZ-VOUS UN QUADRIPORTEUR OUI ____ NON ____

ÊTES-VOUS FUMEUR/FUMEUSE OUI ____ NON ____

AVEZ-VOUS UN INTERVENANT(E) SOCIAL(E) OUI ____ NON ____

SI OUI, SON NOM ? _____

DONNEZ LES NOMS, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE D'AU MOINS DEUX (2) PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE.

1. _____ TÉL. _____

2. _____ TÉL. _____

N.B. : CE DOCUMENT EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL.