SCHL CMHC

Canada

(Les parties
l'usage de l

Société d'habitation Québec

A

Demande de logement à loyer modique

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? ☐ Oui ☐ Non

2- Est-ce que vous, ou un membre de votre ménage, avez :
- déjà été expulsé d'un logement à loyer modique? ☐ Oui ☐ Non
- déjà déguerpi d'un logement à loyer modique sans aviser le locateur? ☐ Oui ☐ Non
- une dette envers un locateur de logements à loyer modique? ☐ Oui ☐ Non

B

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

1. Est-ce que vous et les membres de votre ménage êtes autonomes (c.-à-d. capable d'assurer la satisfaction de vos besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles sans aide)? Si non, veuillez remplir et signer l'annexe «Questionnaire sur l'autonomie». ☐ Oui ☐ Non
2. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage est 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. ☐ Oui ☐ Non
3. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage a un handicap qui entraîne des difficultés d'accessibilité au logement (fauteuil roulant, marchette, etc.)? Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe «Questionnaire sur l'autonomie». ☐ Oui ☐ Non
4. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage a un handicap qui nécessite la cohabitation avec un proche aidant? Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe «Questionnaire sur l'autonomie». ☐ Oui ☐ Non

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		/ /		☐ M ☐ F			- -		
B		/ /		☐ M ☐ F			- -		
C		/ /		☐ M ☐ F			- -		
D		/ /		☐ M ☐ F			- -		
E		/ /		☐ M ☐ F			- -		
F		/ /		☐ M ☐ 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)

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**
					Année	
Revenu de travail						
Assurance Emploi						
Emploi-Québec (formation) *						
Aide sociale**						

* 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 sont exclues du calcul du revenu jusqu'à concurrence d'un montant de 1 560 $ par personne (Art. 2.13 du Règlement sur les conditions de location).

** Les ajustements aux prestations d'aide sociale versés en vertu des articles 74 à 78 du Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles pour tout enfant à charge majeur, selon l'article 204 de ce règlement, qui fréquente un établissement d'enseignement (Art. 2.7 du Règlement sur les conditions de location) sont exclues du calcul du revenu.

Pension de vieillesse						
Régie des rentes						
Autres pensions						
Intérêts et placements						
CSST						
SAAQ						
Pension alimentaire reçue						
Autres revenus (précisez)						
Total partiel individuel :						
TOTAL PARTIEL DU REVENU DU MÉNAGE						

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.

COMMENTAIRES DU DEMANDEUR

G

INFORMATIONS STATISTIQUES SUR LE DEMANDEUR (QUESTIONS FACULTATIVES)

H

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec ou par ses partenaires sont nécessaires pour l'application de la Loi sur la Société d'habitation du Québec, des règlements afférents et des programmes qu'elle a adoptés en vertu de ceux-ci. Ces renseignements seront traités confidentiellement. La Société d'habitation du Québec ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel autorisé ou à ses partenaires et exceptionnellement, à certains ministères ou organismes, conformément a la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent également être utilisés aux fins de statistiques, d'étude ou de sondage. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels vous concernant ou de les faire rectifier. Pour plus d'information, veuillez vous adresser au responsable de la protection des renseignements personnels de la Société d'habitation du Québec.

DÉCLARATION

Je déclare que tous les renseignements inscrits dans la présente annexe sont véridiques et complets. Je reconnais que toute information erronée pourrait **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.**
Je consens à ce que tous les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec dans cette annexe, et qui sont nécessaires à l'étude de ma demande, soient transmis aux partenaires de la Société d'habitation du Québec qui traiteront le dossier.

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? ☐ Oui ☐ Non
2- Le demandeur a-t-il joint tous les documents requis pour compléter sa demande? ☐ Oui ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non
4- La demande est-elle recevable? ☐ Oui ☐ 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?	☐	☐	
2- Le demandeur a-t-il résidé au Québec au moins 12 mois au cours des 24 mois précédant sa demande?	☐	☐	
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 qui, en raison d'une incapacité motrice, est susceptible d'avoir des difficultés à accéder à un logement ou à y circuler.	☐	☐	☐
4- Le demandeur est-il citoyen canadien ou résident permanent?	☐	☐	
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)	☐	☐	
6- Le revenu du ménage respecte-t-il le seuil des besoins impérieux? (Art. 14.5)	☐	☐	☐
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)	☐	☐	
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)	☐	☐	
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)	☐	☐	
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)	☐	☐	☐
11- Si la demandeuse est étudiante à temps plein, est-elle enceinte de 20 semaines ou plus? (Art. 16)	☐	☐	
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?	☐	☐	☐
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)			

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

☐ 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.
☐ Le ménage a été victime d'un sinistre.
Inscrivez la date du sinistre (an/mois/jour).

☐ Le ménage a été délogé par un organisme public ou en vertu d'un programme public.
Inscrivez la date du départ (an/mois/jour).

☐ Le ménage habite déjà dans un logement à loyer modique et doit être relogé pour sa santé ou sa sécurité.
☐ Le demandeur désire bénéficier du supplément au loyer géré par la coop ou l'OSBL où il habite déjà.
☐ 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 relogement 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)

TOTAL PARTIEL DU REVENU DU MÉNAGE = $
(y compris les revenus du proche aidant)

- 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)

☐ 4 ou 5 personnes ☐ Six personnes et plus	**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 2e 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.		
		☐ Personne âgée de 65 ans ou plus, dont le revenu est ≤ PSV + SRG ☐ 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 *Demande de logement à loyer modique.*		
M3		**ENFANTS MINEURS** (Un point par enfant mineur dont le demandeur a la garde au moins 40 % du temps)		

		CRITÈRES LOCAUX (3e alinéa de l'art. 27)		
		S'applique uniquement si le locateur a prévu <u>octroyer des points supplémentaires par règlement local</u> 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)
		☐ personne handicapée;		
		☐ environnement préjudiciable;		
		☐ harmonie sociale;		
		☐ 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 **M2** Ancienneté de la demande **M3** Enfants mineurs **M4** Critères locaux **M5** Facteurs propres à l'organisme
Nombre d'enfants mineurs Nombre de personnes handicapées		**PONDÉRATION TOTALE**
Catégorie et sous-catégorie de logement (art. 1 à 8)	Catégorie ☐ A (personne âgée) ☐ B (famille) ☐ C (logement spéc.)	Sous-catégorie ☐ Personne handicapée ☐ Chambre ☐ Studio _ CC

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES DE L'ORGANISME

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Le locateur doit s'assurer que tout demandeur répond aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 14 du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique. Un de ces critères est relatif à l'autonomie. En effet, pour être admissible, le demandeur doit être en mesure d'**assurer**, de **façon autonome** ou avec **l'aide d'un soutien extérieur** ou d'**un proche aidant**, la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles. Aussi, **pour que sa demande soit évaluée**, **le demandeur doit fournir une description de son degré d'autonomie et toutes les attestations nécessaires d'un spécialiste* du réseau de la santé.**

Instructions pour remplir le questionnaire sur l'autonomie

À remplir uniquement si vous rencontrez ou qu'un membre de votre ménage rencontre des problèmes d'autonomie.

Renseignements sur la personne du ménage qui rencontre des problèmes d'autonomie

Nom :	
Prénom :	
Numéro de dossier :	(à remplir par l'organisme)

Questions relatives à l'autonomie

Avez-vous un handicap ou des problèmes de santé qui font en sorte que vous êtes incapable d'assurer vos besoins essentiels? Si oui, veuillez cocher les cases correspondant à votre situation. Sinon, il n'est pas requis de remplir ce questionnaire.	☐ Oui	☐ Non

☐ Déficience auditive	☐ Déficience visuelle	☐ Déficience intellectuelle
☐ Déficience motrice ► précisez :	☐ Membres supérieurs	☐ Membres inférieurs

☐ Autres ► précisez :

Questions relatives à l'évaluation de l'autonomie

De quelle manière faites-vous les activités suivantes?

Santé (activité complétée)	**Seul**	**Avec une aide partielle**	**Avec une aide complète**
Prendre les médicaments selon les recommandations du médecin	☐	☐	☐
Se lever, s'asseoir et se coucher	☐	☐	☐
Marcher	☐	☐	☐
Appeler du secours en cas d'urgence : ambulance, service Info-Santé, etc.	☐	☐	☐
Monter les marches			
1 à 3 marches	☐	☐	☐
1 étage	☐	☐	☐
2 étages	☐	☐	☐
plus de 2 étages	☐	☐	☐

Commentaires :

Repas (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Préparer les repas	☐	☐	☐
Manger	☐	☐	☐
Faire les courses	☐	☐	☐

Commentaires :

Hygiène (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Prendre un bain	☐	☐	☐
Aller aux toilettes	☐	☐	☐
S'habiller	☐	☐	☐
Faire des travaux domestiques	☐	☐	☐
Faire la lessive	☐	☐	☐

Commentaires :

*** Exemples de spécialistes du réseau de la santé : ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, médecin etc.**

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Sécurité (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
En cas d'incendie, pouvez-vous :			
déclencher l'alarme?	☐	☐	☐
vous rendre sur le balcon?	☐	☐	☐
sortir de l'immeuble par l'escalier?	☐	☐	☐

Commentaires :

Questions relatives au soutien

Recevez-vous de l'aide d'un organisme pour votre maintien à domicile?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, lequel?		
☐Autres ► précisez :		
Recevez-vous de l'aide d'un proche aidant pour votre maintien à domicile?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, réside-t-il actuellement avec vous?	☐ Oui	☐ Non

Utilisez-vous une aide technique ou médicale?

Aide technique ou médicale	Ne s'applique pas	À l'intérieur du domicile	À l'extérieur du domicile
Canne, béquilles, ambulateur, marchette	☐	☐	☐
Fauteuil roulant manuel ou électrique	☐	☐	☐
Triporteur, quadriporteur	☐	☐	☐
Lève-personne	☐	☐	☐
Lit médical (d'hôpital)	☐	☐	☐
Aide technique pour la déficience auditive	☐	☐	☐
Aide technique pour la déficience visuelle	☐	☐	☐
☐ Autres ► précisez :			

Avez-vous besoin d'un logement accessible/adapté?
Veuillez prendre note que les logements adaptés appartiennent à une sous-catégorie et que leur attribution dépend de leur disponibilité.

Indiquez si vous pouvez faire les choses suivantes.

Accéder à l'immeuble ☐ Oui ☐ Non

Circuler sans difficulté à l'intérieur de l'immeuble ☐ Oui ☐ Non

Utiliser l'équipement de la salle de bain sans difficulté ☐Oui ☐Non

Accéder au logement ☐ Oui ☐Non

Circuler sans difficulté à l'intérieur du logement ☐ Oui ☐ Non

Utiliser sans difficulté l'équipement de la cuisine ☐ Oui ☐Non

Veuillez indiquer le nom de la personne qui a rempli ce questionnaire

Professionnel de la santé	Veuillez préciser :
☐ Personne qui rencontre des problèmes d'autonomie	☐ Représentant ► Veuillez identifier le lien avec la personne faisant l'objet du présent formulaire :

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec ou par ses partenaires sont nécessaires pour l'application de la Loi sur la Société d'habitation du Québec, des règlements afférents et des programmes qu'elle a adoptés en vertu de ceux-ci. Ces renseignements seront traités confidentiellement. La Société d'habitation du Québec ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel autorisé ou à ses partenaires, et exceptionnellement à certains ministères ou organismes, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent également être utilisés aux fins de statistiques, d'études ou de sondages. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels vous concernant ou de les faire rectifier. Pour plus d'information, veuillez vous adresser au responsable de la protection des renseignements personnels de la Société d'habitation du Québec.

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Sécurité (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
En cas d'incendie, pouvez-vous :			
déclencher l'alarme?	☐	☐	☐
vous rendre sur le balcon?	☐	☐	☐
sortir de l'immeuble par l'escalier?	☐	☐	☐

Commentaires :

Questions relatives au soutien

Recevez-vous de l'aide d'un organisme pour votre maintien à domicile?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, lequel?		
☐Autres ► précisez :		
Recevez-vous de l'aide d'un proche aidant pour votre maintien à domicile?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, réside-t-il actuellement avec vous?	☐ Oui	☐ Non

DÉCLARATION

Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente annexe sont véridiques et complets. Je reconnais que toute information erronée pourrait **entraîner une des conséquences suivantes : 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.**
Je consens à ce que tous les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec dans cette annexe, et qui sont nécessaires à l'étude de ma demande, soient transmis aux partenaires de la Société d'habitation du Québec qui traiteront le dossier.

Signature du demandeur :	Date :

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

CHOIX DE RÉSIDENCES
LOGEMENTS ADAPTÉS

VEUILLEZ COCHER VOTRE (VOS) CHOIX DE RÉSIDENCE (S) :

☐ **LES HAUTS-BOISÉS DE GRAND-MÈRE INC.**
1601, 10ème Avenue Shawinigan (Qc) G9T 7A4

☐ **HLM BELLEVUE**
3833, Bellevue Shawinigan (Qc) G9N 7Z3

☐ **HLM ST-MARC**
1993, St-Marc Shawinigan (Qc) G9N 8A9

☐ **HLM MONTCALM**
852, Montcalm Shawinigan (Qc) G9N 4M8

☐ **HLM ST-MAURICE**
132, Promenade St-Maurice Shawinigan (Qc) G9N 7S1

☐ **HLM SACRÉ-CŒUR**
633, 5ème Avenue Shawinigan (Qc) G9T 2M5

- ☐ Demi-sous-sol
- ☐ Étages 2 à 4
- ☐ 5ème étage : logements à paliers (marches)

N.B. : Le requérant qui refuse le logement qui lui est offert, selon son choix, par l'OMH de Shawinigan, **verra son nom radié** de la liste d'attente pour une période d'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.

_____ **DATE :** _____
NOM DU REQUÉRANT

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

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-Ève Villeneuve, en communiquant au ☏ 537-5955.

Veuillez 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 (recto/verso) 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 RECEVEZ DE L'AIDE SOCIALE, VEUILLEZ FOURNIR UN AVIS DE DÉCISION INDIQUANT LE BARÈME QUI VOUS A ÉTÉ ATTRIBUÉ (CONTRAINTE SÉVÈRE, CONTRAINTE TEMPORAIRE OU AUCUNE CONTRAINTE À L'EMPLOI).

9. 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-Ève Villeneuve au numéro suivant : ☏ 819 537-5955

Veuillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Marie-Ève 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.

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

DEMANDE POUR UN LOGEMENT HLM

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.