



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

Demande de logement abordable
Immeuble 100 logements «Mission Unitainés» Shawinigan
65 ans et +

A

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom 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 36 mois précédent 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

B

INFORMATION SUR L'AUTONOMIE

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)? Oui Non
2. Un membre de votre ménage est-il atteint d'un handicap physique locomoteur qui entraîne des difficultés d'accès au logement (fauteuil roulant, marchette, canne etc.) Oui Non

C

COMPOSITION DU MÉNAGE

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.	Date de naissance (an/mois/jour)	Âge	Sexe
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

REVENUS (de l'année civile précédent la date de la demande)

Année

Indiquez les revenus annuels de chaque membre de votre ménage. Veuillez joindre rapport d'impôt provincial (2024) avec feuillets (T4 etc.)	A	B	C
Revenus "ligne 199" rapport d'impôt provincial			
TOTAL DU REVENU DU MÉNAGE			

E CHOIX TYPE DE LOGEMENTS

1 OCCUPANT ⇨ DEUX CHOIX POSSIBLES : Studio 3 ½

2 OCCUPANTS ⇨ DEUX CHOIX POSSIBLES : 3 ½ 4 ½

F COMMENTAIRES DU DEMANDEUR

G 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 1)

Date

Signature du responsable du gestionnaire
(organisme : OMH Shawinigan)

Date

Signature du demandeur 2)

Date

Signature du responsable du gestionnaire
(organisme : OMH Shawinigan)

Date

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 abordable, la modification des conditions de location ou l'éviction du logement.