

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.)? Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ».	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
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 ? Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ».	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 : *Se référer à la liste de choix en annexe.* **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 :						
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 fautive 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

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Le locataire 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lever, s'asseoir et se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appeler du secours en cas d'urgence : ambulance, service Info-Santé, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les marches 1 à 3 marches 1 étage 2 étages plus de 2 étages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Repas (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Hygiène (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des travaux domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Accéder au logement	Oui Non
Circuler sans difficulté à l'intérieur de l'immeuble	Oui Non	Circuler sans difficulté à l'intérieur du logement	Oui Non
Utiliser l'équipement de la salle de bain sans difficulté	Oui Non	Utiliser sans difficulté l'équipement de la cuisine	Oui Non
Veuillez indiquer le nom de la personne qui a rempli ce questionnaire			
Demandeur	Membre du ménage ► Veuillez préciser le lien de parenté :		
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.			
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 :		