

MANOIR DES ÎLES

DEMANDE DE LOGEMENT

IDENTIFICATION		
Nom :	Prénom :	Âge :
Nom :	Prénom :	Âge :
Adresse :		Date :
Ville :	Code postal :	
Téléphone domicile : ()	Autre téléphone : ()	

REVENU FAMILIAL	
Somme du revenu brut annuel de tous les membres de la famille vivant sous votre toit :	
<input type="checkbox"/> Moins de 20 000\$	<input type="checkbox"/> Entre 30 000\$ et 50 000\$
<input type="checkbox"/> Entre 20 000\$ et 30 000\$	<input type="checkbox"/> 50 000\$ et plus

LOGEMENT ACTUEL		
Propriétaire ou locataire?	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire
Pour les locataires :		
Quand votre bail actuel se termine-t-il?		
Combien est votre loyer actuel?		\$
Conditions générales de la maison ou du logement :		<input checked="" type="checkbox"/>
A) Bonne		
B) Logement inadéquat, non adapté		
C) Éloigné (e) des services		

LOGEMENT RECHERCHÉ			
<input type="checkbox"/> 3½	<input type="checkbox"/> 4½		
Avez-vous une automobile?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Le logement doit-il être adapté pour une personne handicapée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui expliquer les besoins d'adaptation :			

SERVICE RECHERCHÉ	<input checked="" type="checkbox"/>
Service d'entretien ménager	
Service d'animation (activités sociales et récréatives)	
Service d'environnement sécurisé	
Service d'assistance (hygiène, médicaments)	
Service alimentaire	
Autres :	

PERSONNE RESSOURCE	
Nom :	No de tél. :

Signature : Date :

RÉSERVÉ À L'OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION	
CRITÈRES SPÉCIFIQUES	POINTS
Personne âgée de moins de 75 ans	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayant un sentiment d'insécurité entravant le bien-être, peur ou isolement 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayant une incapacité au niveau des activités domestiques (avec soutien externe) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayant des difficultés à se déplacer 	
Personne âgée de 75 ans et plus	