



DEMANDE DE LOGEMENT OU D'HÉBERGEMENT

PERSONNES SEULES

Vous pouvez nous faire parvenir votre demande de logement ou d'hébergement complétée par courriel à logement@moncheznousinc.ca ou par télécopieur au 819 669-2100. Par la suite, vous recevrez un accusé de réception et nous vous inscrirons sur notre liste d'attente. Si un logement ou un hébergement se libère, nous vous contacterons pour une entrevue de sélection. Au besoin, vous pouvez nous rejoindre par téléphone au 819 669-6032 poste 204.

A. PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Date de la demande :		Demande remplie par ou avec l'aide de : (Nom, organisme, numéro de téléphone)	
Immeuble demandé (plus d'un choix est possible)			
Gatineau		Hull	
Maison de chambres	Appartement d'une chambre à coucher		Appartement d'une chambre à coucher
<input type="checkbox"/> 18 Hamel <input type="checkbox"/> 167 de la Canipco	<input type="checkbox"/> 267 de Malartic <input type="checkbox"/> 808 Maloney Est	<input type="checkbox"/> 185 Laval <input type="checkbox"/> 75 Lois	

B. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom du demandeur		No. de téléphone	
		Courriel	
Adresse actuelle (rue, ville, code postal)			Depuis quand ?
Coût du loyer actuel ? _____ \$/ Mois	Chauffé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, combien sont les frais d'Hydro-Québec ? _____ \$	
Éclairé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Date de naissance (J/M/A)		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

C. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Règle du territoire

Est-ce que la personne a résidé 12 mois consécutifs dans les 24 derniers mois dans la ville de Gatineau ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis combien de temps ? _____	<u>Documents à l'appui :</u> <input type="checkbox"/> Factures (nom, adresse et date) <input type="checkbox"/> Lettre d'intervenant / organismes d'hébergement <input type="checkbox"/> Baux <input type="checkbox"/> Autres : Lettre du propriétaire, document officiel
---	--



DEMANDE DE LOGEMENT OU D'HÉBERGEMENT

PERSONNES SEULES

2. Revenus

Revenu par mois ? _____\$/mois (doit être inférieur à 25 000\$/ année)

Documents à l'appui :

- T4 Avis de cotisation
 Rapports d'impôt
 Revenus actuels (relevés de paye, prestations)

3. Autonomie financière

Gestion autonome : Oui Non

Si non : Gestion par un tiers Curatelle Entre-Amis Autre (préciser)

4. Références

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous a référé à Mon Chez Nous ? Oui Non

Si oui, qui ? (Nom et coordonnées)

Si non, comment avez-vous connu Mon Chez Nous ?

Connaissez-vous une personne qui habite à Mon Chez Nous?

D. INFORMATIONS SUR LA SANTÉ

1. Évaluation des fragilités en lien avec le besoin en soutien communautaire

Santé physique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifier :
----------------	---	-------------

Santé mentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifier :
---------------	---	-------------

Dépendance	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifier :
------------	---	-------------

Financière	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifier :
------------	---	-------------

Est-ce que votre fragilité vous amène à prendre une médication ? Oui Non

2. Accompagnement professionnel du réseau de la santé et des services sociaux et autres

Nom et prénom	Titre	Milieu	No. de téléphone

Commentaires :