



Formulaire de demande de logement

Veillez noter que tous les renseignements inscrits sur ce formulaire seront traités en toute **confidentialité**.

Identification du demandeur					
Nom de famille	Prénom	Date de naissance			Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		Jour	Mois	Année	

Êtes-vous :
Citoyen(ne) canadien(ne) ou résident(e) permanent(e) Oui Non

Renseignement sur le lieu de résidence actuel		
Numéro	Rue	Téléphone
Municipalité	Code postal	Autre téléphone
Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse : _____ ans		
Si vous demeurez à cette adresse depuis moins d'un an, veuillez indiquer la municipalité de votre adresse antérieure : _____		
Municipalité		

Diagnostic		
Indiquez votre ou vos diagnostics		
Pour compléter votre dossier, les informations et les pièces justificatives suivantes sont demandées afin d'établir l'admissibilité de votre demande. (Un des documents suivants : certificat médical, lettre d'un intervenant social, lettre d'un centre de réadaptation, nom de l'éducateur du CISSS, s'il y a lieu).		
	OUI	NON
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre diagnostic ou handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veuillez préciser : _____		



Renseignements supplémentaires

Identifier si la ou les situations suivantes s'appliquent à votre cas :

	OUI	NON
Besoin d'une surveillance 24 h/24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de troubles du comportement importants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence d'une condition de santé non contrôlée ou d'une maladie dégénérative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin quotidien de soins de santé dispensés par des professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revenus

Indiquez dans quel échelon se trouvent vos revenus actuels et **joignez-en la preuve** (plus récent avis de cotisation) :

Vous devez tenir compte des revenus suivants dans votre calcul : revenu de Solidarité sociale, revenu de travail, assurance-emploi, CSST, SAAQ, intérêts, etc.

- Moins de 15 500 \$/an (moins de 1 292 \$/mois)
- Entre 15 501 \$ et 23 500 \$/an (entre 1 292 \$ et 1 958 \$/mois)
- Entre 23 501 \$ et 31 000 \$/an (entre 1 958 \$ et 2 583 \$/mois)
- Plus de 31 000 \$/an (plus de 2 583 \$/mois)

OUI NON

Possession d'un casier judiciaire juvénile

Possession d'un casier judiciaire adulte

Si oui, précisez la nature de la condamnation : _____

(Veuillez noter qu'une réponse positive n'est pas automatiquement considérée comme un critère d'exclusion.)

Si vous avez besoin d'information, inscrivez vos questions ici et nous communiquerons avec vous au moment opportun.



Attestation et autorisation du demandeur

J'ai pris connaissance des informations concernant Maison du Pas Sage. Je reconnais que cette demande ne constitue pas un engagement de la part de l'organisme à fournir un logement. Je comprends que pour être admis à MdPS, je dois détenir un dossier ouvert et actif (ou en voie de l'être) au CISSS de Laval. Je déclare que tous les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont véridiques et complets. J'autorise l'organisme à faire toutes les vérifications qu'il juge nécessaires aux fins de la présente demande. Je reconnais que Maison du Pas Sage pourra me demander des documents supplémentaires si ma demande est jugée admissible au Programme de supplément au loyer (PSL). Il est entendu que tous les renseignements sont confidentiels et qu'ils seront utilisés par l'organisme dans le seul cadre de l'évaluation du candidat à l'hébergement de Maison du Pas Sage. Je reconnais que toute information **erronée ou incomplète** pourra entraîner le retrait de ma candidature de la liste d'admissibilité à Maison du Pas Sage, voire même mon renvoi de l'organisme.

Signature du demandeur (ou de son représentant)

Jour

Mois

Année

Veillez retourner ce formulaire dûment complété avec tous les documents requis à l'attention de :

Maison du Pas Sage

101, boulevard Sainte-Rose

Laval, H7L 3J7

Ou par courriel à selection@maisondupassage.org