



Office municipal d'habitation de  
**Baie-Saint-Paul**

# DEMANDE DE LOGEMENT

## 1. DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : F M  
AA/MM/JJ

Langue : Français Anglais Espagnol Autres : \_\_\_\_\_

Nationalité : Citoyen canadien Résident permanent Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Catégorie d'immigration : Réfugié Parrainé Date d'entrée au pays : \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ

Date de fin de parrainage : \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ

Personne à qui s'adresser lorsque le demandeur est absent :

Référence : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## 2. ADRESSE ACTUELLE

N° civique : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ N° d'appartement: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Tél. (autre) : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Depuis quelle date demeurez-vous à cette adresse : \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## 3. ADRESSES PRÉCÉDENTES (compléter cette section si votre adresse actuelle est moins d'un (1) an)

De : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ AA/MM/JJ

Adresse Ville Code postal

De : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
AA/MM/JJ AA/MM/JJ

Adresse Ville Code postal

#### 4. COMPOSITION DU MÉNAGE (Personnes à inscrire sur la demande)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	Sexe	NAS	Parenté avec demandeur
<b>A. Demandeur</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		marié conjoint de fait
<b>B. Conjoint</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		marié conjoint de fait
<b>C. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____
<b>D. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____
<b>E. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____
<b>F. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____
<b>G. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____
<b>H. Autre membre</b>			_____ AA/MM/JJ		F M		filles fils sœur frère petite-fille petit-fils autre : _____

## 5. PERSONNES HABITANT AVEC VOUS

Y a-t-il d'autres personnes habitant avec vous présentement et qui ne figurent pas sur la demande?

Oui

Non

Si oui, précisez :

---



---

## 6. REVENUS

POUR CHACUN DES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE, INDIQUEZ TOUS LES REVENUS ANNUELS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE.

### A. Demandeur

Revenus de travail	Non	Si oui : _____ \$/an
Aide sociale	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension de vieillesse	Non	Si oui : _____ \$/an
Régie des rentes	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres pensions	Non	Si oui : _____ \$/an
Intérêts de placement	Non	Si oui : _____ \$/an
Assurance-emploi	Non	Si oui : _____ \$/an
CSST	Non	Si oui : _____ \$/an
SAAQ	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension alimentaire reçue	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres revenus	Non	Si oui : _____ \$/an

**TOTAL DES REVENUS :** \_\_\_\_\_ \$/an

### B. Conjoint

Revenus de travail	Non	Si oui : _____ \$/an
Aide sociale	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension de vieillesse	Non	Si oui : _____ \$/an
Régie des rentes	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres pensions	Non	Si oui : _____ \$/an
Intérêts de placement	Non	Si oui : _____ \$/an
Assurance-emploi	Non	Si oui : _____ \$/an
CSST	Non	Si oui : _____ \$/an
SAAQ	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension alimentaire reçue	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres revenus	Non	Si oui : _____ \$/an

**TOTAL DES REVENUS :** \_\_\_\_\_ \$/an

### C. Autre membre du ménage

Revenus de travail	Non	Si oui : _____ \$/an
Aide sociale	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension de vieillesse	Non	Si oui : _____ \$/an
Régie des rentes	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres pensions	Non	Si oui : _____ \$/an
Intérêts de placement	Non	Si oui : _____ \$/an
Assurance-emploi	Non	Si oui : _____ \$/an
CSST	Non	Si oui : _____ \$/an
SAAQ	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension alimentaire reçue	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres revenus	Non	Si oui : _____ \$/an

**TOTAL DES REVENUS :** \_\_\_\_\_ \$/an

### D. Autre membre du ménage

Revenus de travail	Non	Si oui : _____ \$/an
Aide sociale	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension de vieillesse	Non	Si oui : _____ \$/an
Régie des rentes	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres pensions	Non	Si oui : _____ \$/an
Intérêts de placement	Non	Si oui : _____ \$/an
Assurance-emploi	Non	Si oui : _____ \$/an
CSST	Non	Si oui : _____ \$/an
SAAQ	Non	Si oui : _____ \$/an
Pension alimentaire reçue	Non	Si oui : _____ \$/an
Autres revenus	Non	Si oui : _____ \$/an

**TOTAL DES REVENUS :** \_\_\_\_\_ \$/an

**JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DE TOUS CES REVENUS**

## 7. BIENS POSSÉDÉS PAR LE MÉNAGE

	Demandeur		Conjoint		Autre membre	
Comptes bancaires	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
REER / FEER	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Obligation d'épargne	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Dépôts à terme	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Actions	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Autres placements	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Maison	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Chalet	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
Véhicule	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$	Non	Si oui : _____ \$
	Modèle :	_____	Modèle :	_____	Modèle :	_____
	Marque :	_____	Marque :	_____	Marque :	_____
	Année :	_____	Année :	_____	Année :	_____
	Couleur :	_____	Couleur :	_____	Couleur :	_____
Autres biens (excluant l'ameublement)	Non	Si oui : _____ \$ Spécifier : _____	Non	Si oui : _____ \$ Spécifier : _____	Non	Si oui : _____ \$ Spécifier : _____

## 8. HANDICAPS

### COMPLÉMENT POUR LOGEMENTS ADAPTÉS AUX HANDICAPS

Si vous-même ou l'une des personnes du ménage êtes handicapée et que le logement que vous recherchez doit être adapté à ce handicap, cochez et remplissez les champs suivants.

#### Nature du handicap

**Moteur :**      Membre supérieur      Membre inférieur

**Sensoriel :**      Déficience auditive      Déficience visuelle

**Autres :**      \_\_\_\_\_

Votre handicap est-il ?      Stabilisé      Évolutif

Avez-vous besoin d'un logement nécessitant les adaptations universelles ?      Oui      Non  
(comptoirs et interrupteurs abaissés, portes élargies, etc.)

Consultez-vous un ergothérapeute ou un technicien en réadaptation ?      \*Oui      Non

Si oui, quel est son nom ? : \_\_\_\_\_ Son téléphone : \_\_\_\_\_

\* Vous devez fournir un rapport de votre ergothérapeute spécifiant vos besoins concernant les adaptations universelles de votre logement.

## 9. ÉVALUATION D'AUTONOMIE

L'Office municipal d'habitation du Grand Portneuf (OMHGP) doit s'assurer de l'admissibilité de tous les postulants locataires et ce, conformément à l'article 14 du *Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique*. Nous devons notamment nous assurer que le demandeur peut, de façon autonome ou avec l'aide d'un soutien extérieur ou d'une personne qui vit avec lui, répondre à la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches usuelles.

**Actuellement, consultez-vous, recevez-vous des traitements ou ressentez-vous des manifestations ayant trait à une affection, telle que :**

Problèmes de surdité	Autre trouble neurodégénératif
Maladie d'Alzheimer	Troubles psychiatriques
Maladie de Parkinson	Détérioration mentale et perte des facultés intellectuelles
Autres affections : _____	

**Utilisez-vous une aide technique ou médicale, telle que:**

Canne multipode	Fauteuil roulant manuel	Lève-personne
Béquilles	Fauteuil roulant électrique	Lit médicalisé (d'hôpital)
D�ambulatoire	Triporteur	Oxygène
Marchette	Quadriporteur	Autres aides : _____

** tes-vous capable de vous rendre seul à la cage d'escalier sans aide en cas d'incendie:**      Oui      Non

**Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer une des activités suivantes :**

Prendre un bain	Marcher	Faire les courses
Manger	Prendre vos médicaments	Préparer les repas
Vous habiller	Faire des travaux d'entretien domestiques	Autres activités : _____
Aller à la toilette	Faire la lessive	

**Recevez-vous des services du CIUSSS-CN (Capitale nationale) ?**      Oui      Non

Si oui, lesquels ? : \_\_\_\_\_ et combien d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Si oui, nom de l'intervenant(e) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Avez-vous un aidant naturel ou un soutien extérieur ?**      Oui      Non

Si oui, pouvons-nous le contacter ? :      Oui      Non

Si oui, nom de la personne : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Capacité à monter les marches :**

Impossible	1 à 3 marches	1 étage	2 étages	Plus de 2 étages
------------	---------------	---------	----------	------------------

**Avez-vous des contraintes au niveau de l'étage ?**      Oui      Non

**Quel étage habitez-vous actuellement ?** \_\_\_\_\_

<b>Quel étage préférez-vous ?</b>	Rez-de-chaussée	2� étage	peu importe
	1�r étage	3� étage	

**S'il y a présence d'un ascenseur, tous les niveaux me conviennent-ils ?**      Oui      Non

## 10. EST-CE QUE VOUS OU UN MEMBRE DU MÉNAGE AVEZ DÉJÀ HABITÉ UN LOGEMENT SUBVENTIONNÉ DANS PORTNEUF OU AILLEURS?

Oui

Non

Si oui, le nom de la personne : \_\_\_\_\_

Adresse du logement : \_\_\_\_\_

## 11. MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Sans logement, hébergé ou en logement temporaire

Handicap

Démolition

Raisons de santé

Logement repris ou mis en vente par son propriétaire

Divorce, séparation

En procédure d'expulsion

Problème d'environnement/de voisinage

Violence conjugale

Rapprochement des services

Autres motifs particuliers. Précisez : \_\_\_\_\_

## 12. ANIMAUX

Possédez-vous un animal ?

Oui

Non

Si oui :

Chat

Chien

Si le logement offert interdit les chiens ou les chats, je consens à m'en départir :

Signature : \_\_\_\_\_

## 13. Catégories de logement et nombre de chambres

### Catégories de logements offerts :

- Personnes retraitées (âge requis à respecter) Choisir avec ou sans service (repas du midi)
- Familles ou personnes seules (65 ans et moins)

### Nombres de chambres allouées :

- Personne seule : 1 chambre à coucher
- Couple (sans enfant) : 1 chambre à coucher
- Famille (selon la composition familiale) : 2 à 5 chambres à coucher
- Couple retraité (50 ans et plus) : 1 ou 2 chambres à coucher (catégorie personnes retraitées)

**IMPORTANT :** Il est important d'être bien certain de vos choix de secteurs, car un refus entraînera une pénalité pour une période d'un (1) an et vous devrez refaire une autre demande de logement.

## 14. DOCUMENTS À REMETTRE

Pour que votre demande soit considérée, vous devez répondre à toutes les questions, signer le formulaire et remettre les documents suivants :

- ✓ Bail actuel et précédent, s'il y a lieu, et/ou facture d'Hydro-Québec (preuve de résidence pour les 24 derniers mois);
- ✓ Avis de cotisation provenant du gouvernement du **Québec** de l'année précédente;
- ✓ Relevé de pension alimentaire, s'il y a lieu;
- ✓ Preuve d'étudiant (attestation scolaire) pour les enfants de 18 ans et plus;
- ✓ Relevé mensuel de votre compte bancaire, s'il y a lieu;
- ✓ Jugement de garde **obligatoire**;
- ✓ Certificat de naissance **obligatoire**;
- ✓ Autres documents pertinents (ex. : carte de résident permanent, attestation de parrainage, jugement de faillite, etc.);

## 15. DÉCLARATION DU CHEF DE MÉNAGE

J'atteste l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et je m'engage à signaler tout changement de situation pouvant modifier les renseignements fournis.

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 qu'aux fins de l'organisme et de la Société d'Habitation du Québec.

Je reconnais que toute déclaration fautive et incomplète occasionnera le rejet ou l'annulation de ma demande.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du représentant(e) de l'OMHBSP: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE A – Choix de secteurs

(Joindre au formulaire de demande de logement)

**Vous devrez cocher les secteurs que vous choisissez et nous retourner cette annexe avec votre formulaire «Demande de logement».**

**IMPORTANT :** Il est important d'être bien certain de vos choix de secteurs, car un refus entrainera une pénalité pour une période d'un (1) an et vous devrez refaire une autre demande de logement. Il est possible de cocher les 2 cases, vous serez alors sur les deux listes.

### CATÉGORIE : PERSONNES RETRAITÉES

**BAIE-SAINT-PAUL**

HLM 12 de la Tannerie

12, rue de la Tannerie, Gaie-Saint-Paul, G3Z 1L1

Nombre d'ascenseurs : 0

Type de logement : HLM

**BAIE-SAINT-PAUL**

ACL Résidence des Jardins  
du Gouffre

15, rue du Moulin, Baie-Saint-Paul, G3Z 2R8

Nombre d'ascenseurs : 1

Type de logement : ACL

AVEC SERVICE

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du représentant(e) de l'OMHGP:**

**Date :** \_\_\_\_\_