

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LOGEMENT SUBVENTIONNÉ

- **POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT RECEVABLE, IL EST IMPORTANT DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS**
➤ **REEMPLIR EN LETTRES MOULÉES**

1 - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR AU COURS DES 24 MOIS PRÉCÉDENTS (ART. 11 ET 16)				
Nom du demandeur		N° de téléphone (résidence) () -	N° de téléphone (bureau) () -	
Adresse actuelle				
N°, rue, app.		Ville	Code postal	Date d'arrivée mois année
Adresse précédente				
N°, rue, app.		Ville	Code postal	Date d'arrivée mois année
				Date de départ mois année
Adresse courriel :				

Êtes-vous résident (e) permanent (e) Avez-vous la citoyenneté canadienne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dans quel pays êtes-vous né ? _____ Quelle langue usuelle utilisez-vous ? _____	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Est-ce qu'un membre de votre ménage est atteint d'un handicap physique locomoteur majeur (fauteuil roulant, etc.) Vous ou un membre de votre ménage :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
✓ Avez-vous déjà été expulsé d'un logement à loyer modique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
✓ Avez-vous déjà déguerpi d'un logement à loyer modique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
✓ Avez-vous une dette envers un locateur de logement à loyer modique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Indiquez le nom et prénom de la personne que l'on peut joindre en cas d'absence		
Nom	N° de téléphone () -	Lien avec le demandeur :

2 - COMPOSITION DU MÉNAGE (EN COMMENÇANT PAR LE DEMANDEUR) (ART. 11)								
Nombre total des membres du ménage : _____								
Occupant	Nom et prénom	Date de naissance A M J	% de temps de garde	Sexe	N° assurance sociale	Lien de parenté avec le demandeur	Handicapé	Étudiant à temps plein partiel
Demandeur A				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3 - SOURCES DE REVENUS POUR L'ANNÉE CIVILE PRÉCÉDANT LA DATE DE LA DEMANDE (ART 27)						
NO	INDIQUEZ PAR UN CROCHET ✓ toutes les sources de revenus de chacune des personnes inscrites en 2 et joindre les pièces justificatives obligatoires	A	B	C	D	E
11	Pension vieillesse					
15	Pension et rentes de retraites (privée et gouvernementale)					
21	Prestation d'assistance-emploi (Aide sociale)					
31	Revenu de travail					
41	Prestation d'assurance-emploi (Assurance-chômage)					
42	CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail)					
43	SAAQ (Société de l'assurance automobile du Québec)					
45	Assurance invalidité					
51	Pension de vétéran					
52	Pension alimentaire reçue					
61	Revenus d'intérêts et de placements					
79	Autres revenus (précisez)					
Avez-vous fait l'objet d'une déclaration ou d'un jugement de faillite au cours de 12 derniers mois ?						OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4 - BIENS POSSÉDÉS (ART. 11 ET 16)
Possédez-vous une voiture ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez la marque, le modèle et l'année : _____
Voiture en location ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avoir liquide, placements (excluant REER, FERR et CRI), biens immeubles (propriétés) autres biens (excluant le mobilier) : _____ \$

5 - INFORMATION SUR VOTRE HABITATION ACTUELLE**SI VOUS ÊTES LOCATAIRE**

Nombre de pièces √

Studio 4 ½
 1 ½ 5 ½
 2 ½ (chambre fermée) 6 ½ et plus
 3 ½

Services inclus : Chauffage
 Électricité
 Eau chaude

Loyer mensuel au bail en cours _____ \$

Nom et coordonnées du propriétaire :

SI VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE

Demandez à compléter l'annexe au formulaire

SI VOUS ÊTES CHAMBREUR

- Maison de chambre
 Hébergement chez des amis ou parents

CHOIX DE MODÈLE(S) D'HABITATION :

Sélectionner un ou plusieurs modèles*

HLM / PSLprivé
 COOP
 OBNL

*Si vous avez répondu oui pour les COOP, veuillez compléter la section 10 à la fin du formulaire.

Si un projet OBNL en particulier vous intéresse, SVP indiquer le nom ou l'adresse (facultatif)

Nom du projet :

Adresse du projet :

6 - ENTRETIEN ET SOINS PERSONNELS (ART. 14. 2)

Veuillez cocher si un membre de votre ménage a des difficultés à assurer seul ses besoins essentiels.

√

Si vous ou un membre de votre ménage recevez de l'aide par le CIUSSS, un autre organisme ou autre, veuillez préciser :

Organisme et nom de l'intervenant ou autre personne	Nombre d'heures/semaine

Effectuer les tâches ménagères usuelles

Assurer son hygiène personnelle (bain, douche)

Assurer ses soins de santé habituels (médication)

Préparer ses repas

Autre ?

7 - COMMENTAIRES DU DEMANDEUR**ATTESTATION ET SIGNATURE****8 - ATTESTATION ET AUTORISATION DE VÉRIFICATION**

Je certifie que les renseignements donnés plus haut sont véridiques et complets.

J'autorise l'Office municipal d'habitation de Québec 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 de Québec.

Signature du demandeur

Date | |

9 - 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.

Tout document non signé sera considéré comme non recevable et vous sera retourné.

Choix de territoires

Nom :		Numéro de dossier :	
--------------	--	----------------------------	--

Cochez un ou plusieurs modèles d'habitation :	<input type="checkbox"/> HLM ou PSL privé <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> OBNL
--	---

Cochez un ou plusieurs choix de sous-territoires :					
Arrondissement	<input checked="" type="checkbox"/> Sous-territoires	Métrobus	Autobus	Hôpital	Cégep
La Cité-Limoilou	<input type="checkbox"/> 11 - Haute-Ville Est				
	<input type="checkbox"/> 12 - Haute-Ville Ouest				
	<input type="checkbox"/> 13 - Basse-Ville Est				
	<input type="checkbox"/> 14 - Basse-Ville Ouest				
	<input type="checkbox"/> 15 - Vieux-Limoilou Sud				
	<input type="checkbox"/> 16 - Saint-Pascal				
	<input type="checkbox"/> 17 - Vieux-Limoilou Nord				
	<input type="checkbox"/> 18 - Saint-Pie X				
Des Rivières	<input type="checkbox"/> 21 - Vanier				
	<input type="checkbox"/> 22 - Des Rivières				
Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge	<input type="checkbox"/> 31 - Sainte-Foy				
	<input type="checkbox"/> 32 - Sillery				
	<input type="checkbox"/> 33 - Cap-Rouge				
Charlesbourg	<input type="checkbox"/> 41 - Charlesbourg Sud				
	<input type="checkbox"/> 42 - Charlesbourg Centre				
	<input type="checkbox"/> 43 - Charlesbourg Nord				
Beauport	<input type="checkbox"/> 51 - Beauport Ouest				
	<input type="checkbox"/> 52 - Beauport Nord				
	<input type="checkbox"/> 53 - Beauport Est				
De la Haute-St-Charles	<input type="checkbox"/> 61 - Val-Bélair				
	<input type="checkbox"/> 62 - Loretteville				
	<input type="checkbox"/> 63 - Saint-Émile / Lac St-Charles				
L'Ancienne-Lorette	<input type="checkbox"/> 71 - L'Ancienne-Lorette				
St-Augustin-de-Desmaures	<input type="checkbox"/> 81 - St-Augustin-de-Desmaures				

Signature :		Date :	Année	Mois	Jour
--------------------	--	---------------	-------	------	------

*** Il est possible qu'aucun logement ne corresponde à votre composition familiale dans les sous-territoires que vous aurez choisis. Le technicien ou la technicienne responsable de votre dossier vous en avisera si tel est le cas, afin que vous puissiez ajouter d'autres sous-territoires. ***