

1 INFORMATION CONCERNANT VOTRE SITUATION ACTUELLE

1.1 INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Langue pour vous contacter : ☐ Français ☐ Anglais

Téléphone (#) : _____ Adresse courriel : _____

Adresse actuelle : _____ #app. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse ? _____

Montant mensuel du loyer (\$) : _____

Présentement, votre logement est :

- ☐ HLM
 ☐ Coopération (COOP)
 ☐ Appartement privé
☐ Maison d'hébergement/refuge
 ☐ Chambre
 ☐ Autre : _____

1.2 COMPOSITION DU MÉNAGE (VOUS ET LES PERSONNES QUI VIVRONT AVEC VOUS)

Nom/Prénom	Lien avec vous	Date de naissance	Âge	Sexe (M/F/X)	% du temps à votre charge
	Vous-même				----
					%
					%
					%
					%
					%
					%

Est-ce que la DPJ (Protection de la Jeunesse) est impliquée auprès de votre famille ? ☐ Oui ☐ Non

1.3 CRITÈRES OMHM

Avez-vous habité Montréal au moins 12 des 24 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, dans quelle(s) ville(s) avez-vous habité dans les 24 derniers mois ?

Êtes-vous résidente permanente ou citoyenne canadienne ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà fait une demande de logement OMHM ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel est votre numéro de dossier (ex. 2000-00000) ?

Est-ce que vous avez déjà habité dans un logement subventionné au loyer à 25% de vos revenus (HLM, PSL, ...) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, adresse du logement : _____

Date de départ : _____

Raison du départ : _____

Est-ce que vous (ou un membre de votre ménage), avez :

1. déjà été expulsé d'un logement subventionné? ☐ Oui ☐ Non
2. déjà quitté un logement subventionné sans aviser le locateur? ☐ Oui ☐ Non
3. une dette envers le locateur de logement subventionné? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous en votre possession votre *Avis de cotisation provinciale* (Québec) pour l'année dernière ?

☐ Oui ☐ Non

Quel était votre revenu brut total pour l'année dernière (tel qu'inscrit sur votre *Avis de cotisation provinciale* à la *ligne 199*) ? (obligatoire) _____

1.4 INFORMATION COMPLÉMENTAIRES

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est votre date prévue d'accouchement ? _____

Quelles sont vos sources de revenus actuelles (travail, aide sociale, etc.) ? _____

Avez-vous des dettes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avec qui ? _____

Si oui, quel est le montant de la dette ? _____

Avez-vous une entente de paiement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel est le montant mensuel de remboursement ? _____

Avez-vous des problématiques de santé physique et/ou mentale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Auriez-vous besoin d'adaptation à votre logement à cause d'un handicap physique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous un déficit intellectuel ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu une problématique de dépendance (toxicomanie, jeu compulsif, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous reçu ou recevez-vous actuellement des services à ce sujet (suivi, groupe de soutien, thérapie, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Vivez-vous actuellement de la violence conjugale ou de la violence post-séparation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous reçus ou recevez-vous actuellement des services à ce sujet (suivi, groupe de soutien, thérapie, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Dans les 3 dernières années, combien de fois avez-vous déménagé ? _____

Quels étaient les raisons de ces déménagements ? _____

1.5 RÉFÉRENCE DE PROFESSIONNELS POUR APPUYER VOTRE CANDIDATURE

Nom de la personne : _____

Organisme : _____ Lien : _____

Téléphone (#) : _____ Adresse courriel : _____

Nom de la personne : _____

Organisme : _____ Lien : _____

Téléphone (#) : _____ Adresse courriel : _____

☐ J'affirme que les informations contenues dans ce formulaire sont véridiques.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____



AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION CONFIDENTIELLE

Je _____ (*Nom*)

Autorise Logifem Inc. à communiquer avec :

Nom	Lien avec la personne / fonction	Numéro de téléphone / courriel

Au sujet de :

Prise de références concernant ma candidature à Logifem pour le programme d'appartement permanent.

Cette autorisation prend fin :

- ☐ Une fois cette démarche complétée
- ☐ À cette date _____

Je comprends que j'ai le droit de retirer ce consentement à tout moment

Autorisation donnée par (*Nom*) :

Date :

Signature :

SI VOUS VOULEZ PARTAGER D'AUTRES ELEMENTS AVEC NOUS CONCERNANT VOTRE CANDIDATURE :

<i>Je déclare que les informations ci-haut sont véridiques et complètes:</i>	
Signature :	Date :