

INFORMATION PERSONNELLE									
Locataire	Nom, Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : _____								
Colocataire	Nom, Prénom : _____ Âge : _____ Date de naissance : _____								
Contact	Téléphone : _____ Téléphone supplémentaire: _____								
	Courriel : _____								
Numéro	Assurance sociale : _____ Assurance maladie : _____								
Information financières	Revenu brut du ménage : (ligne 199 rapport d'impôt Québec)								
Résidence actuelle	Adresse : _____								
	<table border="0"> <tr> <td>Propriétaire</td> <td>Locataire</td> </tr> <tr> <td>Possédez-vous : Maison <input type="checkbox"/></td> <td>Date de fin de bail : _____</td> </tr> <tr> <td>Chalet <input type="checkbox"/></td> <td>Date de disponibilité pour nos logements : _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nom de votre propriétaire : _____</td> </tr> </table>	Propriétaire	Locataire	Possédez-vous : Maison <input type="checkbox"/>	Date de fin de bail : _____	Chalet <input type="checkbox"/>	Date de disponibilité pour nos logements : _____		Nom de votre propriétaire : _____
	Propriétaire	Locataire							
Possédez-vous : Maison <input type="checkbox"/>	Date de fin de bail : _____								
Chalet <input type="checkbox"/>	Date de disponibilité pour nos logements : _____								
	Nom de votre propriétaire : _____								
Raisons de votre demande de logement? _____									
Subvention	Êtes-vous subventionné par l'OMH? : _____ Placement : Inférieur à 60 000 \$ <input type="checkbox"/> Supérieur à 60 000 \$ <input type="checkbox"/>								
INFORMATION SUR LE LOGIS									
Nombre de chambre à coucher	Logis conventionnel 1 c.c. <input type="checkbox"/> 2 c.c. <input type="checkbox"/>								
	Logis adapté 1 c.c. <input type="checkbox"/> 2 c.c. <input type="checkbox"/>								
	Avez-vous une préférence d'étage? : <i>Noter qu'il se peut que nous ne soyons pas en mesure de respecter cette préférence.</i>								
POUR LES 2 CHAMBRES À COUCHER SUBVENTIONÉES, UN BILLET MÉDICAL EST EXIGÉ POUR PROUVER LE BESOIN MÉDICAL									
LES ANIMAUX SONT INTERDITS, TOUTES CATÉGORIES CONFONDU									
Autonomie	Avez-vous besoin d'un stationnement? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (accordé aux locataires ayant une automobile s'il y en a de disponibles)								
	Êtes-vous en mesure de faire vos propres repas? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
	Souffrez-vous d'un des troubles suivants? : Auditif <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/>								
	Avez-vous une mobilité réduite : Cane <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>								
	Êtes-vous en mesure de faire votre propre toilette? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
	Avez-vous une condition médicale diagnostiquée? Laquelle? _____								
	Avez-vous le soutien du CLSC? _____								

