



RÉSERVÉ À L'USAGE DE RÊVANOUS

Date de réception : _____

Initiale de la personne responsable : _____

LOGEMENT RÊVANOUS

DEMANDE DE LOGEMENT AVEC SOUTIEN

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nous retourner l'ensemble des documents via les dispositions suivantes :

**Par la poste ou en mains propres au : 9870, rue Laverdure, bureau #100
Montréal (QC) H3L 0A7**

Référé par : _____ Date : _____

1. Informations personnelles du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Femme : _____ Homme : _____ Date de naissance : _____

Adresse _____ App. : _____

Ville : _____ Quartier : _____

Code postal : _____ Adresse courriel : _____

Téléphone maison : _____ Autre téléphone : _____

Mon CLSC : _____

Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent : Oui Non

Avez-vous un Éducateur? Si oui, prénom/nom et numéro de téléphone) _____

Avez-vous un Travailleur Social? Si oui, prénom/ numéro de téléphone) _____

Faites-vous une demande de couple? OUI/NON

Votre conjoint/e a-t-il/elle une déficience intellectuelle?

NON, Votre conjoint(e) doit remplir le formulaire de demande de logement de Rêvanous Volet 1.

OUI, Votre conjoint(e) doit remplir le formulaire de demande de logement de Rêvanous avec soutien.

2. Composition du ménage (personnes qui habiteront le logement demandé)

(S.V.P., inscrire toutes les informations pour chaque personne qui habitera le logement demandé en vous incluant)

Lien de parenté	Nom/Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	Revenu annuel brut
Vous				
Conjoint /conjointe				

3. Informations personnelles du/de la conjoint(e)

Nom : _____	Prénom : _____
Sexe : Femme : _____ Homme : _____	
Adresse _____	App. : _____
Ville : _____	Quartier : _____
Code postal : _____	Adresse courriel : _____
Téléphone maison : _____	Autre téléphone : _____
Mon CLSC : _____	
Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous un Éducateur? Si oui, prénom/nom et coordonnées) _____	

Avez-vous un Travailleur Social? Si oui, prénom/nom et coordonnées) _____	

4. Milieu de vie actuel

Dans quel type d'endroit habitez-vous actuellement ? _____

Quelles sont vos raisons de quitter votre lieu de résidence actuelle? _____

Depuis combien d'années y habitez-vous? _____
Devez-vous donner un avis de départ ? Si oui, combien de temps ? _____

5. Urgence

Qui aviser en cas d'urgence (2 personnes) ?

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : () _____

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : () _____

Téléphone : () _____

6. Occupation de jour

Quelle est votre occupation de jour ? _____

7. Santé

Avez-vous un diagnostic de déficience intellectuelle**? _____

Par qui a-t-il été fait ? _____

À quel moment ? _____

Avez-vous des problèmes de santé / santé mentale/Troubles graves de comportements?

Si oui, lesquels? Sont-ils contrôlés ? _____

(**Fournir la preuve du diagnostic de la déficience intellectuelle légère) intellectuelle légère)

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont confidentiels et au strict usage du comité de sélection de l'organisme Rêvanous.

Le(la) candidat(e) accepte qu'un membre du comité de sélection de Rêvanous communique au besoin avec l'intervenant nommé pour obtenir des précisions touchant à l'admissibilité du candidat.

Le(la) candidat(e) certifie que les renseignements sont exacts.

Signature – candidat(e)

Avec qui avez-vous remplis le formulaire
(Prénom/Nom en lettres moulées)

Signature de l'accompagnateur(trice)

Téléphone de l'accompagnateur(trice)

Lien avec le candidat



QUESTIONNAIRE SUIS-JE PRÊT À VIRE EN APPARTEMENT?

Répondre à chacun des énoncés par oui ou par non.

Prénom: _____

Nom: _____

1. Je peux rester seul la nuit.

2. Je peux utiliser seul le transport en commun ou m'occuper seul de mes réservations pour le transport adapté.

3. Je peux effectuer de petits achats (dépanneur, pharmacie, carte d'autobus, etc).

4. J'ai la capacité de veiller à mon hygiène personnelle, tous les jours, de façon autonome.

5. Je peux me préparer seul, des repas simples et chauds (micro-ondes).

6. J'ai la capacité d'aviser le 911 ou la personne de garde, la famille ou les voisins s'il y a une situation d'urgence.

7. Je suis capable de prendre seul, mes médicaments.

8. J'ai une occupation de jour, sauf si retraité(e) : école, activités, travail, stage, bénévolat, cours.

9. J'accepte l'aide dans la gestion de mon budget.

Signature du candidat(e)

Signature de l'accompagnateur(trice)



Autorisation de transmission de renseignements

Je soussigné(e), _____ .

J'autorise RÊVANOUS, le CRDITED de Montréal, les CSSS, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ainsi que l'Office Municipal d'Habitation à se transmettre tout document pertinent à ma demande d'admission pour un logement auprès de l'O.B.N.L. RÊVANOUS.

Cette autorisation prend fin quand le/la candidat(e) la révoque.

Signature du candidat(e)

Signature de l'accompagnateur(trice)

Lien avec le(la) candidat(e) ou Organisation