



**OFFICE MUNICIPAL  
D'HABITATION  
LA TUQUE**

**OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE VILLE LA TUQUE**

370, RUE LUCIEN FILION, BUREAU 104

LA TUQUE QC G9X 4J4 TEL : 1-819-523-3979

Email : [omh.latuque@tlb.sympatico.ca](mailto:omh.latuque@tlb.sympatico.ca)/[omh.adjointe@gmail.com](mailto:omh.adjointe@gmail.com)

### CONDITIONS POUR ÊTRE ÉLIGIBLES À L'OBTENTION D'UN LOGEMENT SUBVENTIONNÉ

1. Être citoyen canadien ou résident permanent et habiter au Québec ;
2. Pouvoir assurer de façon **autonome** ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles;
3. Être demeuré **12 mois consécutifs au cours des 24 derniers** mois sur le territoire de Ville La Tuque ;
4. Avoir des revenus ne dépassant pas le maximum déterminé par la Société d'habitation du Québec ainsi que des biens possédés n'excédant pas 50,000\$;
5. Fournir les documents suivants :
  - \*Déclaration de revenus du **Québec**
  - \*Feuillets T4, Relevé 5...
  - \*Avis de cotisation du **Québec**
  - \*Bail actuel
  - \*Relevé bancaire récent
  - \*Compte de taxes et document notarié **si vous êtes propriétaire**

### REVENUS ANNUELS BRUTS À NE PAS DÉPASSER

**\*Un couple de 65 ans et plus dont le revenu annuel brut dépasse 23 000\$ est admissible en autant que ses revenus proviennent uniquement de la Pension de la Sécurité de la vieillesse (PSV) et du Supplément de revenus garantis (SRG)**

1 PERSONNE OU COUPLE	COUPLE 65 ANS ET +	2 OU 3 PERSONNES SAUF COUPLE	4 OU 5 PERSONNES	6-7 PERSONNES
26,000\$	26,000\$ * <b>ou plus</b>	33,500\$	38,000\$	47 500\$

### SUIVI DE VOTRE DOSSIER

1. Toute demande recevable sera soumise au comité de sélection, pour l'analyse de son admissibilité et son classement.
2. Vous recevrez un avis qui indiquera votre admissibilité ou non-admissibilité ainsi que votre rang.

### CHANGEMENT DE SITUATION

En cours de demande, si votre situation change ( numéro de téléphone, adresse, nombre de personnes dans le ménage...), vous devez nous en tenir informé.

**DEMANDE DE LOGEMENT**  
(ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

**1. DEMANDEUR**

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ M  
An mois jour

Langue: Français \_\_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_\_ Atikamekw \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

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

Catégorie d'immigration : Réfugié \_\_\_\_\_+ Parrainé \_\_\_\_\_ Date d'entrée au pays \_\_\_\_\_

Date de fin de parrainage : \_\_\_\_\_ FUMEUR \_\_\_\_\_ NON-FUMEUR \_\_\_\_\_

Personne à qui s'adresser si le demandeur est absent: \_\_\_\_\_ Avez-vous un animal? \_\_\_\_\_

Référence: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

**2. ADRESSE ACTUELLE**

\_\_\_\_\_

Numéro civique Rue Numéro d'appartement

\_\_\_\_\_

Ville Code postal Numéro de téléphone

Nom du propriétaire: \_\_\_\_\_

Depuis quand demeurez-vous à cette adresse: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( si adresse actuelle moins d'un an, remplir #3  
An mois jour

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

**3. ADRESSE PRÉCÉDENTE**

DE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
An mois jour An mois jour

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code Postal

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

Nom	Prénom	date de naissance	Âge	Sexe	N.A.S.	Lien avec le demandeur
A) Demandeur _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	
B) Conjoint _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	____Marié ____conjoint
C) Autres membres du ménage _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	_____
Garde ( ) Droit de visite ( ) Garde partagée ( )						
D) Autres membres du ménage _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	_____
Garde ( ) Droit de visite ( ) Garde partagée ( )						
E) Autres membres du ménage _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	_____
Garde ( ) Droit de visite ( ) Garde partagée ( )						
F) Autres membres du ménage _____	_____	____/____/____ AA MM JJ		___F___M	_____	_____
Garde ( ) Droit de visite ( ) Garde partagée ( )						

5. **REVENUS** (si vous fournissez déclarations de revenus complètes et avis de cotisation de chacun, passez à la section #6)

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

**A) Demandeur**

Revenus de travail	_____ \$
Aide sociale	_____ \$
Pension de vieillesse	_____ \$
RRQ	_____ \$
Autres pensions	_____ \$
Assurance-emploi	_____ \$
CSST	_____ \$
SAAQ	_____ \$
Pension alimentaire reçue	_____ \$
Intérêts de placement	_____ \$
Autres revenus	_____ \$
<b>Total des revenus</b>	_____ \$

**B) Conjoint**

Revenus de travail	_____ \$
Aide sociale	_____ \$
Pension de vieillesse	_____ \$
RRQ	_____ \$
Autres pensions	_____ \$
Assurance-emploi	_____ \$
CSST	_____ \$
SAAQ	_____ \$
Pension alimentaire reçue	_____ \$
Intérêts de placement	_____ \$
Autres revenus	_____ \$
<b>Total des revenus</b>	_____ \$

**C) Autre membre du ménage**

Revenus de travail	_____ \$
Aide sociale	_____ \$
Pension de vieillesse	_____ \$
RRQ	_____ \$
Autres pensions	_____ \$
Assurance-emploi	_____ \$
CSST	_____ \$
SAAQ	_____ \$
Pension alimentaire reçue	_____ \$
Intérêts de placement	_____ \$
Autres revenus	_____ \$
<b>Total des revenus</b>	_____ \$

**D) Autre membre du ménage**

Revenus de travail	_____ \$
Aide sociale	_____ \$
Pension de vieillesse	_____ \$
RRQ	_____ \$
Autres pensions	_____ \$
Assurance-emploi	_____ \$
CSST	_____ \$
SAAQ	_____ \$
Pension alimentaire reçue	_____ \$
Intérêts de placement	_____ \$
Autres revenus	_____ \$
<b>Total des revenus</b>	_____ \$

**6. BIENS POSSÉDÉS PAR LE MÉNAGE**

	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Autre membre</b>
REEF/FEER	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Obligations d'épargne	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Dépôts à terme	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Actions	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Autres placements	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Véhicule	marque _____	marque _____	marque _____
	modèle _____	modèle _____	modèle _____
	Année _____	année _____	modèle _____
	Couleur _____	couleur _____	couleur _____
	Immatriculation _____	immatriculation _____	immatriculation _____
Maison, chalet, autres biens (sauf ameublement)	_____ \$	_____ \$	_____ \$

**7. HANDICAPS**

Si vous-même ou l'une des personnes du ménage est handicapée et que le logement que vous recherchez doit être adapté à cet handicap, remplissez la section suivante.

Nature de l'handicap:

**Moteur:**                    membre supérieur \_\_\_\_\_                    membre inférieur \_\_\_\_\_

**Sensoriel:**                déficience auditive \_\_\_\_\_                    déficience visuelle \_\_\_\_\_

**Autre:** \_\_\_\_\_

Votre handicap est-il évolutif? \_\_\_\_\_

Votre handicap est-il stabilisé? \_\_\_\_\_

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

Consultez-vous un ergothérapeute ou technicien en réadaptation? \_\_\_\_\_

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

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

**8. ÉVALUATION D'AUTONOMIE**

Nous devons nous assurer de l'admissibilité de tous les demandeurs et de leur ménage afin d'être conforme à l'article 14 du *Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique*. Nous devons entre autres nous assurer que le demandeur peut répondre à ses besoins essentiels, en particulier ceux concernant les soins personnels et les tâches habituelles. Le demandeur peut répondre à ces besoins seul, avec le soutien d'un conjoint, d'un colocataire ou d'une ressource extérieure.

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

- problème de surdité ( )
- maladie d'Alzheimer ( )
- maladie de Parkinson ( )
- troubles neurodégénératifs ( )
- troubles psychiatriques ( )
- détérioration mentale et pertes des facultés intellectuelles ( )
- autres affections ( )

Utilisez-vous une aide technique ou médicale telle que:

- canne, béquille... ( )
- oxygène ( )
- déambulateur ( )
- marchette ( )
- fauteuil roulant ( )
- tripporteur, quadriporteur... ( )
- lève-personne ( )
- Lit médicalisé ( )
- autres aides ( )

Êtes-vous capable de sortir seul de votre appartement en cas d'incendie? \_\_\_\_\_

Capacité à monter les marches

- Impossible ( )
- 1 à 3 marches ( )
- 1 étage ( )
- 2 étages ( )

Avez-vous des contraintes au niveau de l'étage s'il y a un ascenseur? \_\_\_\_\_

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

- prendre un bain ( )
- manger ( )
- vous habiller ( )
- aller à la toilette ( )
- marcher ( )
- faire la lessive ( )
- faire l'entretien domestique ( )
- prendre vos médicaments ( )
- faire les courses ( )
- préparer les repas ( )
- autres activités ( )

Recevez-vous des services du Centre Intégré Universitaire de Services de santé et Services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ)?

- OUI ( )
- NON ( )

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_ Combien d'heures/semaine? \_\_\_\_\_

le 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? \_\_\_\_\_

Son nom: \_\_\_\_\_ numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**9. EST-CE QUE VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE A DÉJÀ HABITÉ UN LOGEMENT SUBVENTIONNÉ À LA TUQUE OU AILLEURS?**

- OUI ( )
- NON ( )

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

Adresse de la personne \_\_\_\_\_

J'affirme que tous les renseignements fournis sont véridiques

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'organisme \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_



OFFICE MUNICIPAL  
D'HABITATION  
LA TUQUE

OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE VILLE LA TUQUE  
370, RUE LUCIEN FILION, BUREAU 104  
LA TUQUE QC G9X 4J4 TEL : 1-819-523-3979  
Email : omh.latuque@tlb.sympatico.ca/omh.adjointe@gmail.com

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS ENTRE PROFESSIONNELS ET/OU INTERVENANTS

Je soussigne(e) \_\_\_\_\_

(nom du locataire)

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Autorise par la presente l'Office municipal d'habitation de la ville de La Tuque

A DIVULGUER, A TRANSMETTRE ET A ECHANGER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS MON DOSSIER

Veillez cocher la ou les cases appropriees.

- CIUSSS-MCQ                                      '    CAALT                                      '    Facile d'accès
- Centre local d'emploi                                      autre (precisez) \_\_\_\_\_

Les renseignements obtenus en vertu de cette autorisation seront gardes confidentiels et ne pourront e^ tre consultes que par les personnes autorisees, en conformite avec la **LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.**

En foi de quoi, j'ai signe a La Tuque, ce \_\_\_\_\_

(date)

\_\_\_\_\_  
(locataire)

\_\_\_\_\_  
(employe de l'OMH)