

Succursales

Rouyn-Noranda 209, 9e rue J9X 2C1 (819) 797-3902	Val d'Or 55, 3e av. # 101 J9P 1T4 (819) 874-7808	Maniwaki 125, rue Laurier J9E 2K5 (819) 449-6403	Mansfield 213, rue Héroult J0X 1V0 (819) 683-3757	Québec 1675, ch. Ste-Foy 3e étage G1S 2P7 (418) 626-7522	Montréal 431, av. Marien H1B 4V7 (514) 527-4884	Dolbeau-Mistassini 112, de l'Église # 206 G8L 4W4 (418) 276-5901	Mont-Joli 1655, Jacques-Cartier G5H 2W4 (418) 775-2239	Sept-Îles 476, place du Commerce G4R 2Z5 (418) 962-9478	Baie-Comeau 235, boul. Lasalle # 404 G4Z 1S7 (418) 294-2259
--	--	--	---	---	---	---	--	--	--

DEMANDE DE LOGEMENT

 Réservé à Corporation Waskahegen
D _____ - _____

A - Identification

 Nom et prénom du chef de ménage : _____ Adresse : _____
 Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____
 N° d'assurance sociale : _____ Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

B - Composition du ménage

Nom et prénom des autres membres du ménage	Date de naissance JJ/MM/AA	Lien de parenté avec le chef du ménage (conjoint, fille, mère, etc.)	N / A / S

Si vous n'appliquez pas pour un logement à loyer modique, apposez votre signature ici sans compléter les étapes suivantes.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____

C - Condition économique (revenu du ménage)

 Revenu annuel du ménage
pour l'année précédente : _____ \$

D - Biens possédés par le ménage

 Montant d'avoir liquide
et de biens du ménage : _____ \$

E - Frais de logement (cochez la situation qui vous représente)
 Locataire Propriétaire Chambreur dans une maison de chambres Chambreur dans une maison privée Chambreur dans une maison d'accueil

Coût mensuel (logement, chambre, hypothèque) : _____ \$ Coût mensuel du chauffage : _____ \$ Coût annuel des taxes (scol. et mun.) : _____ \$

F - Qualité physique du logement

Oui	Non	(Déficiência de 1 ^{ère} catégorie)	Oui	Non	(Déficiência de 2 ^e catégorie)	Oui	Non	(Barrières architecturales à compléter par la personne handicapée)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fenêtre dans chaque chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Système de chauffage en bon état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut accéder seule à l'immeuble
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bain, douche, lavabo, toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffisamment chauffé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut accéder seule au logement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bain, douche, lavabo, toilette fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffisamment aéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut circuler sans difficulté à l'intérieur de l'immeuble
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eau potable, eau chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffisamment éclairé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut circuler sans difficulté à l'intérieur du logement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évier de cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffisamment insonorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut utiliser sans difficulté l'équipement de la salle de bain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armoire et comptoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffisamment isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut utiliser sans difficulté l'équipement de la cuisine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escaliers, passage sécuritaire						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucune infiltration d'eau						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cour extérieure et balcon						
Nombre de chambres à coucher dans le logement que vous occupez actuellement : <input type="checkbox"/> 1 c.c. <input type="checkbox"/> 2 c.c. <input type="checkbox"/> 3 c.c. <input type="checkbox"/> 4 c.c. <input type="checkbox"/> 5 c.c. et + indiquez le nombre _____								

G - Facteurs sociaux, psychosociaux et de santé (fournir une preuve)
 Problèmes de santé reliés aux mauvaises conditions du logement
 Des raisons de santé exigent d'être à proximité d'un centre médical
 Événement ayant eu un impact sur la santé physique et mentale du ménage s'il demeure dans le logement (excluant violence conjugale)

H - Violence conjugale
 Oui (Fournir une preuve)
 Non

Mentionnez les villes de votre choix :

1- _____ 2- _____ 3- _____

Je certifie que les renseignements donnés ci-haut sont vrais et complets et j'autorise Corporation Waskahegen à vérifier toutes les informations fournies avec ma demande de logement.

 Signature du requérant : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____
 Signature du responsable de l'habitation : _____ Date (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____

 LE REQUÉRANT OU UN MEMBRE DU MÉNAGE EST-IL MEMBRE DE L'AAQ ? : Oui Non
 SI OUI, EST-IL MEMBRE EN RÈGLE AU SEIN DE L'AAQ ? : Oui Non

Certifié par : _____ Fonction : _____