



(CONFIDENTIEL)

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LOGEMENT

Manoir Saint-Joachim
11020, 99 Ave. Edmonton, AB T5K 2M2
Tél. : (780) 488-7104, Fax : (780) 482-2099
info@msjst.ca | www.msjst.ca

Manoir Saint-Thomas
9022, 85 Ave. Edmonton, AB T6C 4M4
Tél. : (780) 488-7104, Fax : (780) 482-2099
info@msjst.ca | www.msjst.ca

Je comprends que ce document constitue seulement une demande et n'est en aucun cas un accord avec **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** qui n'est pas obligée de me fournir un logement.

D'autre part je reconnais à **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** le droit d'annuler ou d'abandonner la procédure avant l'obtention d'un bail sans qu'aucune pénalité ou dommage ou tout autre requête soit possible tant que cette application n'est pas approuvée.

J'autorise **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** à effectuer des recherches pour confirmer mes déclarations dans cette application, et je suis conscient qu'une fausse déclaration annulerait ma candidature et pourrait conduire à une annulation du bail et des services fournis par La Société des Manoirs, sous réserve de poursuites civiles et pénales.

J'accepte de notifier **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** par écrit si un changement se produit dans mes revenus, mes possessions, mon emploi ou mes informations de contact (adresse postale, téléphone, courriel).

Je comprends que toutes les informations recueillis dans cette demande de logement servent à déterminer l'éligibilité pour être admis dans les logements pour aînés subventionnés par le gouvernement de l'Alberta et gérées par La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas en accord avec la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Signature du témoin

Signature du demandeur

Veillez réviser les instruction afin de remplir correctement cette demande de logement:

1. Répondez à toutes les questions et fournissez TOUTES les informations requises. Si une question ne s'applique pas à vous, veuillez indiquer S/O (sans objet).
2. Vous devez fournir votre **Avis de cotisation** (*Notice of Assessment*) afin de confirmer votre revenu ainsi que le Rapport médical complété par votre médecin.
3. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.
4. Les informations dans cette demande sont confidentielles et restent avec La Société des Manoirs.
5. Tous les demandeurs passeront un entretien après la réception et révision de l'application.

DEMANDE DE LOGEMENT Partie 1 – En lettres moulées

1. Nom du demandeur : _____
 (Nom de famille) (Prénom)

Date de naissance : _____
 Jour / Mois / Année

État : Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)

2. Nom du Co-demandeur : _____
 (Nom de famille) (Prénom)

Date de naissance: _____
 Jour / Mois / Année

État : Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)

3. Avez-vous la citoyenneté canadienne ? Oui Non

Si vous n'êtes pas canadien(ne), veuillez fournir vos papiers d'immigration.

4. Adresse actuelle : _____
 (Boîte postale / Appartement / Rue / Ville / Code Postal)

Ville / Village : _____

Téléphone maison : () _____ Téléphone Cellulaire : () _____

Courriel : _____

5. Proche parent : _____ Parenté : _____

Adresse : _____
 (Boîte postale / Appartement / Rue / Ville / Code Postal)

Ville / Village : _____

Téléphone maison : () _____ Téléphone Cellulaire : () _____

Courriel : _____ Tél. travail : () _____

Autre proche parent : _____ Parenté : _____

Adresse : _____

(Boîte postale / Appartement / Rue / Ville / Code Postal)

Ville / Village : _____

Téléphone maison : () _____ Téléphone Cellulaire : () _____

Courriel : _____ Tél. bureau : () _____

6. Êtes-vous propriétaire ou locataire de votre logement: Propriétaire Locataire

Votre loyer ou paiement mensuel est de _____ \$, + _____ \$

pour les charges.

7. Si vous louez, nom du propriétaire : _____

Adresse : _____ Tél. : () _____

Depuis combien de temps habitez-vous ici ? _____

Si cela fait moins de cinq ans, propriétaire précédent :

Nom du propriétaire : _____

Adresse : _____

Tél. : () _____ Pendant combien de temps ? _____

En nommant les individus à la question 7, le demandeur autorise **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** à les contacter afin d'obtenir vérification et historique de leur précédent logement.

8. Votre logement actuel est-il : Maison Lodge Motel / Hotel

Appartement avec ascenseur Appartement sans ascenseur

Autre , Précisez : _____

9. Identifiez les pièces de votre logement actuel : Cuisine Salon

Salle à manger Nombre de salle de bains : _____ Nombre de chambres : _____

10. Nombre de personnes qui partagent le logement : _____ Adultes, _____ Enfants
Nombre de personnes qui partagent la cuisine : _____ , la salle de bain : _____ , la chambre à coucher : _____

11. Avez-vous besoin d'une suite pour handicapé ? Oui Non

12. Avez vous besoin d'une place de stationnement Oui Non

13. Avez vous un animal domestique ? Oui Non

Attention: Aucun animal domestique n'est permis dans la résidence. Une exception peut être envisagée au cas par cas pour de petites cages ou aquariums.

14. Avez-vous déjà été expulsé(e) d'un logement ? Oui Non

Si oui, pourquoi ? _____

15. Pourquoi souhaitez-vous vivre dans un immeuble de La Société des Manoirs ?

16. Autres informations que vous souhaitez fournir : _____

17. Indiquez deux personnes qui peuvent être contactées en cas d'urgence – Indiquez leur noms, leur relation avec vous et leur numéro de téléphone:

1) Nom complet : _____

Téléphone : _____ Relation : _____

Courriel : _____

2) Nom complet : _____

Téléphone : _____ Relation : _____

Courriel : _____

18. Si vous recevez des soins à domicile (*Home Care*), indiquez le nom et le téléphone de votre coordinateur :

19. Nom de votre médecin de famille (ou régulier) : _____

Adresse : _____

Téléphone : () _____ Fax : () _____ Courriel : _____

En nommant les individus aux questions 17 & 18, le demandeur consent à ce que **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** puisse obtenir des informations sur sa santé, sa sécurité, son bien-être ou sa capacité à vivre de manière indépendante.

J'autorise **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas**, ou ses agents à communiquer mon jour et mois de naissance et le numéro de ma suite au Club social qui pourrait exister dans l'immeuble où je souhaite résider. Cette information sera utilisée uniquement pour me souhaiter un bon anniversaire. Mon âge et mon année de naissance ne seront pas révélés.

Oui

Non

DEMANDE DE LOGEMENT Partie 2 - Revenus

20. Tous les revenus seront vérifiés afin de devenir résident/e. Une copie de votre Avis de cotisation (*Notice of Assessment*) est requis.

	Demandeur \$ (Mensuel)	Co-Demandeur \$ (Mensuel)
Pension de la Sécurité de vieillesse et Supplément de revenu garanti	_____ \$	_____ \$
Alberta Seniors Benefit Program	_____ \$	_____ \$
Allocation du conjoint	_____ \$	_____ \$
Régime de pensions du Canada	_____ \$	_____ \$
Allocation d'ancien combattant	_____ \$	_____ \$
Revenu d'emploi	_____ \$	_____ \$
Assistance sociale	_____ \$	_____ \$
Pension d'emploi	_____ \$	_____ \$
Income Support	_____ \$	_____ \$
AISH	_____ \$	_____ \$
Autre revenu, précisez : _____		
TOTAL :	_____ \$	_____ \$

BIENS : Inscrivez tous vos investissements et biens et les intérêts ou les revenus qui en proviennent tels que actions, obligations, dépôts à terme, comptes bancaires, immobilier, Régime enregistré d'épargne-retraite (REER/RRSP), Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR/RRIF) etc.

INVESTISSEMENTS / BIENS

INTÉRÊTS / REVENUS

_____	_____ \$	Annuel	_____ \$	Mensuel	_____ \$
_____	_____ \$	Annuel	_____ \$	Mensuel	_____ \$
_____	_____ \$	Annuel	_____ \$	Mensuel	_____ \$
_____	_____ \$	Annuel	_____ \$	Mensuel	_____ \$
TOTAL:	_____ \$	Total :	_____ \$	Total :	_____ \$

21. Nom de votre employeur: _____
 Téléphone : () _____ Courriel : _____



RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Manoir Saint-Joachim
 11020, 99 Ave. Edmonton, AB T5K 2M2
 Tél. : (780) 488-7104, Fax: (780) 482-2099
 info@msjst.ca | www.msjst.ca

Manoir Saint-Thomas
 9022, 85 Ave. Edmonton, AB T6C 4M4
 Tél. : (780) 488-7104, Fax: (780) 482-2099
 info@msjst.ca | www.msjst.ca

Toute l'information recueilli dans ce **Rapport médical confidentiel** sera utilisée pour déterminer l'éligibilité d'accès aux logements pour ainés subventionnés par le gouvernement de l'Alberta et gérées par **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas** en accord avec la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Notre personnel n'est PAS qualifié ni autorisé à distribuer des médicaments ou à fournir une assistance physique. Aucun service de ménage des suites n'est proposé dans nos appartements. Il n'y a pas de soins spécialisés, d'infirmière ou de régimes alimentaires particuliers.

Nom du demandeur/se : _____

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

J'autorise mon médecin à communiquer l'information de ce formulaire à **La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas**.

 Signature

Nom du médecin qui effectue l'examen (lettres moulées) : _____

Téléphone () : _____

Depuis combien de temps le demandeur est-il votre patient ? _____

EXAMEN PHYSIQUE

Mobilité : Marche sans aide _____ Marche avec de l'aide _____ Utilise une chaise roulante _____

Existe-t-il des difficultés à communiquer ? Oui Non

Si oui, expliquez : _____

ACTIVITES DE VIE QUOTIDIENNE

Est capable de préparer ses propres repas ?

Oui

Non

Est capable de faire le ménage ?

Oui

Non

Est capable de gérer son hygiène personnelle ?

Oui

Non

Est confronté à des problèmes d'incontinence ?

Oui

Non

FACTEURS D'INDEPENDANCE

Signes évidents de sénilité, Alzheimer et/ou démence ?

Oui

Non

Est alcoolique ou abuse d'autres substances ?

Oui

Non

Le/la patient/e est diagnostiqué/e avec une condition médicale mentale ou physique détériorante qui peut l'empêcher de gérer son indépendance présentement ou dans un proche avenir ? Oui Non

Si oui, expliquer et fournir une liste des supports familiaux et communautaires qui permettront de maintenir une vie indépendante en appartement:

Considérez-vous le/la patient/e mentalement et physiquement capable de s'occuper de soi-même dans un appartement où aucun soin spécialisé, aucune infirmière et aucun régime alimentaire ne sont disponibles ?

Oui Non

Si non, expliquer quels soutiens sont nécessaires et si ces soutiens sont déjà en place. Si ces soutiens ne sont pas en place, êtes-vous en mesure de référer le/la patient/e ?

Date : _____

Signature du médecin : _____

À noter :

Les honoraires pour obtenir ce formulaire sont la responsabilité du demandeur. Ce certificat est valide pour six (6) mois seulement. Merci de retourner ce Rapport médical confidentiel à l'adresse suivante:

- Par la poste ou en personne :
La Société des Manoirs Saint-Joachim et Saint-Thomas
11020, 99 Avenue. Edmonton, AB T5K 2M2
- Fax : (780) 482-2099, ou
- Courriel : info@msjst.ca