



LA SOCIÉTÉ DES MANOIRS SAINT-JOACHIM & SAINT-THOMAS

## TROUSSE DE DEMANDE DE LOGEMENT - (CONFIDENTIELLE)

### MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT

Manoir Saint-Joachim

11020, 99 Ave. Edmonton, AB T5K 2M2

Tél. : (780) 488-7104, Fax : (780) 482-2099

Courriel : info@msjst.ca

Web : www.msjst.ca

Manoir Saint-Thomas

9022, 85 Ave. Edmonton, AB T6C 4M4

Tél. : (780) 488-7104, Fax : (780) 482-2099

Courriel : info@msjst.ca

Web : 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 la composition de ma famille, mes revenus, mes possessions, mon emploi ou mes informations de contact (adresse postale, téléphone, courriel).

---

Signature du témoin

---

Signature du demandeur/se

**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. Votre application doit être signée en présence d'un Commissaire à l'assermentation de la province de l'Alberta (Partie 3 de la demande). Ce service est fourni gratuitement à notre bureau sur rendez-vous. Veuillez appeler le (780) 488-7104
4. L'appliquant doit signer ce formulaire à 4 endroits.
5. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.
6. Les informations dans cette demande sont confidentielles et restent avec La Société des Manoirs.
7. Tous les demandeurs passeront un entretien une fois l'application revue.

## 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 \_\_\_\_\_ \$, plus \_\_\_\_\_ \$  
 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  Salle à vivre   
 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) ?    Oui     Non

Si oui, pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Vos raisons pour déménager et choisir La Société des Manoirs :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Autre information 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, 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/se \$ (Mensuel)	Co-Demandeur/se \$ (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 : _____		
<b>TOTAL :</b>	_____ \$	_____ \$

**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), Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) etc.

<b>INVESTISSEMENTS/BIENS</b>		<b>INTERETS/REVENUS</b>	
_____ \$	Annuel _____	_____ \$	Mensuel _____ \$
_____ \$	Annuel _____	_____ \$	Mensuel _____ \$
_____ \$	Annuel _____	_____ \$	Mensuel _____ \$
_____ \$	Annuel _____	_____ \$	Mensuel _____ \$
<b>TOTAL: _____ \$</b>		<b>Total : _____ \$</b>	<b>Total : _____ \$</b>

21. Nom de votre employeur: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: (    ) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE LOGEMENT Partie 3 - Serment

Moi, \_\_\_\_\_ (nom complet) de la municipalité de \_\_\_\_\_ de la province de l'Alberta, déclare de manière solennelle ce qui suit :

1. Que je suis le/la demandeur/se nommé sur cette application;
2. Que les déclarations faites par moi dans cette demande sont complètes et véritables sous tous les aspects et que je les ai faites en pleine conscience et avec toutes les connaissances nécessaires;
3. Que j'ai résidé dans la province de l'Alberta pendant \_\_\_\_\_ années de ma vie et dans la ville d'Edmonton pendant \_\_\_\_\_ années.

Et je fais cette déclaration solennelle en la croyant vraie en pleine conscience et en sachant qu'elle a la même force et le même effet qu'un serment par vertu de la Loi sur la preuve au Canada.

Déclaration faite devant moi à Edmonton dans la province de l'Alberta ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_, en l'année 20\_\_\_\_\_.

Un commissaire aux serments et pour le compte de la province de l'Alberta.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur/se

Ma nomination expire le \_\_\_\_\_  
Jour / Mois / Année

Toutes les informations recueillis dans cette demande de logement servent à déterminer l'éligibilité pour être admis dans les logements pour aînés subventionnées 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*.



## RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

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

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

Toute l'information recueilli dans ce **Rapport médical confidentiel** sera utilisée pour déterminer l'éligibilité d'accès aux 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*.

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 une difficulté pour 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/se. 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