

LISTE DE VÉRIFICATION

Pour que votre demande soit complète, vous devez joindre les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment rempli et signé;
- Une pièce d'identité avec photo délivrée par une administration publique pour toutes les personnes de 19 ans et plus;
 - Une pièce d'identité délivrée par une administration publique pour toutes les personnes de 18 ans et moins;
- Dernier avis de cotisation fourni par l'Agence du revenu du Canada pour toutes les personnes de 19 ans et plus.

Demandeur ayant priorité sur la liste d'attente

La Société d'habitation du Yukon accorde la priorité à certains demandeurs qui ont le plus besoin de logement. Si vous souhaitez que la Société traite votre dossier en priorité, veuillez remplir et joindre les formulaires qui s'appliquent à vous (voir en annexe) :

- Formulaire A : Victime de violence ou de mauvais traitements – veuillez remplir et joindre le formulaire de vérification à l'intention des victimes de violence ou de mauvais traitements
- Formulaire B : Demandeur devant quitter une collectivité rurale pour obtenir des soins médicaux indispensables – veuillez joindre le formulaire de vérification médicale à l'intention des demandeurs devant quitter une collectivité rurale (*Nota* : La partie 2 du formulaire doit être remplie et signée par un médecin ou une infirmière praticienne en santé de proximité.)
- Formulaire C : Demandeur à mobilité réduite – veuillez joindre le formulaire de vérification médicale à l'intention des personnes à mobilité réduite (*Nota* : La partie 2 du formulaire doit être remplie et signée par un médecin ou une infirmière praticienne en santé de proximité.)

*****IMPORTANT*****

À noter que les demandes incomplètes ne seront pas traitées et vous seront renvoyées par la poste.

REMARQUE : LES ARRIÉRÉS DUS À LA SOCIÉTÉ D'HABITATION DU YUKON DOIVENT ÊTRE PAYÉS.

PARTIE A – Renseignements personnels Écrire en lettres détachées ou cocher la case qui s'applique.

	DEMANDEUR	AUTRE MEMBRE DU MÉNAGE DE 19 ANS ET PLUS	AUTRE MEMBRE DU MÉNAGE DE 19 ANS ET PLUS
Nom de famille			
Prénom			
Autres prénoms			
Rue/C.P. (adresse postale)		(si elle diffère de celle du demandeur)	(si elle diffère de celle du demandeur)
Ville/Localité Territoire/Province			
Code postal			
Téléphone	<input type="checkbox"/> Peut être contacté au domicile		
Autre téléphone			
Courriel			
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> H Lien avec le demandeur : <input type="checkbox"/> F _____	<input type="checkbox"/> H Lien avec le demandeur : <input type="checkbox"/> F _____
Date de naissance	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ
Citoyenneté	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent/Réfugié <small>(joindre vos documents d'immigration ou votre carte de résident permanent)</small> <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent/Réfugié <small>(joindre vos documents d'immigration ou votre carte de résident permanent)</small> <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent/Réfugié <small>(joindre vos documents d'immigration ou votre carte de résident permanent)</small> <input type="checkbox"/> Autre : _____

PARTIE B – Membres du ménage Veuillez fournir les renseignements suivants pour chaque autre membre du ménage vivant avec vous et âgé de 18 ans au maximum.

Nom complet (nom de famille, prénom)	Date de naissance	Sexe H/F	Lien avec le demandeur (ex. : enfant, petits-enfants, autre membre de la famille)
	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ		
	AAAA/MM/JJ		

*Les DEMANDEURS peuvent devoir fournir des documents attestant des dispositions relatives à la garde ou à la tutelle se rapportant aux besoins en matière de logement.

PARTIE C – Renseignements sur les lieux de résidence précédents

Veuillez indiquer les endroits où vous avez résidé au cours des cinq dernières années; le cas échéant, veuillez fournir une lettre de référence.

Adresse (rue, ville/localité)	Du	Au	Propriétaire/Référence	Téléphone du propriétaire/ de la référence	Raison du départ
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			
	AAAA MM/JJ	AAAA MM/JJ			

PARTIE D – Renseignements sur le ménage

1A. Quelle est votre situation en ce qui concerne l'endroit où vous habitez?	Vous êtes : <input type="checkbox"/> Locataire (passez à la question 1B) <input type="checkbox"/> Propriétaire (passez à la question 1B) <input type="checkbox"/> Autre (passez à la question 1C)
1B. Combien payez-vous chaque mois?	Loyer/Paiement hypothécaire _____ \$/ mois Électricité _____ \$/ mois Chauffage _____ \$/ mois
1C. Actuellement, je ne paie pas (nous ne payons pas) de loyer, car je vis (nous vivons) temporairement dans un/une ou chez :	<input type="checkbox"/> Maison de transition <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Refuge <input type="checkbox"/> Hôtel, auberge, camping <input type="checkbox"/> Père ou mère <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Autre : _____
2. Souhaitez-vous recevoir des renseignements sur le programme de supplément au loyer de la Société d'habitation du Yukon?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. Votre propriétaire actuel vous a-t-il donné un avis de quitter les lieux?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui *Si OUI, fournissez une copie du préavis de fin de location que vous avez reçu de votre propriétaire.
4. Des membres du ménage ont-ils des besoins de logement particuliers pouvant être attestés par des justificatifs?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui *Si OUI, fournissez des documents justificatifs (ex. : formulaires sur les problématiques de mobilité, lettre d'un médecin ou d'un spécialiste).
5. Prévoyez-vous que le nombre de personnes vivant avec vous changera au cours des 12 prochains mois? (Ex. : grossesse, changements familiaux, etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser : _____ _____
6. Avez-vous des animaux domestiques? <i>Nota :</i> La société d'habitation du Yukon applique une politique de un (1) animal par ménage.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle Nom de l'animal : _____ Type d'animal : _____ Âge de l'animal : _____ Nom de la clinique vétérinaire : _____ REMARQUE : Si vous souhaitez que votre animal de compagnie soit pris en considération dans votre demande, vous devez remplir et joindre une demande d'autorisation à cet effet. Vous pouvez vous procurer ce formulaire au bureau de la Société d'habitation de votre localité ou au bureau de la Société d'habitation du Yukon, situé au 410, rue Jarvis, à Whitehorse.
7. Autre :	

PARTIE E – Déclaration des actifs

Êtes-vous PROPRIÉTAIRE ou COPROPRIÉTAIRE d'une maison, d'un bien immobilier ou de tout autre type de propriété (ex. : résidence personnelle, résidence secondaire, cabane, maison mobile, immeuble locatif, terrain vacant)? Si oui, indiquez à quel endroit : Non Oui

Numéro	Rue	App. n°	Ville/Municipalité	Prov./Terr.	Pays
Valeur de la propriété			Montant du prêt hypothécaire à rembourser		
Êtes-vous PROPRIÉTAIRE ou COPROPRIÉTAIRE d'autres biens immobiliers? Si oui, indiquez l'endroit pour chacun (si vous avez plus d'une propriété, joindre d'autres feuilles).					<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

<i>Veuillez inscrire la valeur en dollar (ex. : 1 \$, 2 \$, 3 \$) ou la mention sans objet (S.O.).</i>	Demandeur	Autre membre du ménage de 19 ans et plus	Autre membre du ménage de 19 ans et plus
Total des liquidités disponibles	\$	\$	\$
Placements	\$	\$	\$
Revenu de location	\$	\$	\$
Éléments d'actifs d'une entreprise	\$	\$	\$
REER ou FEER	\$	\$	\$
Véhicules (seulement s'il y a plus d'un véhicule)	\$	\$	\$
Véhicules de loisirs (y compris autocaravanes, VTT, embarcations, aéronef, motoneige, etc.)	\$	\$	\$
Autre (préciser)	\$	\$	\$

IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DÉCLARATIONS CI-APRÈS ET APOSER VOTRE SIGNATURE :

J'ai/nous avons déclaré tous les actifs détenus actuellement par les membres du ménage ainsi que tous les actifs vendus ou cédés par ces derniers.

Je comprends/nous comprenons que si des renseignements sont manquants, incomplets ou inexacts, ma/notre demande de logement pourrait être refusée.

Je comprends/nous comprenons que, une fois la demande acceptée et le logement occupé, s'il est démontré que des actifs n'ont pas été dûment déclarés avant que ledit logement soit occupé, je pourrais/nous pourrions en être expulsé(s).

Demandeur

AAAA/MM/JJ

Date

Autre membre du ménage de 19 ans et plus

Autre membre du ménage de 19 ans et plus

ENTENTE

Je reconnais/nous reconnaissons à la Société d'habitation du Yukon le droit de retirer, de révoquer ou d'annuler toute acceptation ou approbation précédemment donnée ou signifiée relativement à la présente demande, et ce, à tout moment avant l'établissement et la remise d'une convention de location pour un logement demandé au moyen du présent formulaire, et sans s'exposer à des pénalités ou être tenue responsable de dommages-intérêts.

Je comprends/nous comprenons que la présente demande ne constitue pas une entente en vertu de laquelle la Société d'habitation du Yukon, ou ses agents, s'engage à me/nous fournir de l'assistance.

J'atteste que tous les membres du ménage et moi sommes des résidents du Yukon, c'est-à-dire que notre résidence permanente principale était située au Yukon dans l'année précédant la signature de la présente entente ou déclaration. Je déclare que je suis une personne résidente du Yukon aux fins de ma demande au Programme de logements à loyer indexé sur le revenu.

J'autorise/nous autorisons par la présente la Société d'habitation du Yukon, ou ses agents, à vérifier ou à faire vérifier l'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire de demande.

J'autorise/nous autorisons par la présente la Société d'habitation du Yukon, ou ses agents, à vérifier ou à faire vérifier l'exactitude des renseignements sur mes/nos revenus, actifs et passifs ainsi que mes/nos renseignements de solvabilité, et à obtenir des renseignements supplémentaires au besoin.

J'autorise/nous autorisons par la présente une inspection de ma/notre habitation.

Je comprends/nous comprenons que les renseignements contenus aux présentes peuvent être utilisés à des fins statistiques.*

J'ai/nous avons rempli le présent formulaire en toute franchise et honnêteté.

Demandeur

AAAA/MM/JJ

Date

Autre membre du ménage de 19 ans et plus

AAAA/MM/JJ

Date

Autre membre du ménage de 19 ans et plus

AAAA/MM/JJ

Date

Pour soumettre votre formulaire :

- À Whitehorse, appelez au 867-667-5712.
- Contactez la Société d'habitation du Yukon de votre localité si vous êtes à l'extérieur de Whitehorse.

* Les renseignements fournis aux présentes sont recueillis en vertu des dispositions de la *Loi sur la société d'habitation* afin de déterminer l'admissibilité; ils peuvent également être utilisés à des fins statistiques. Veuillez adresser toute demande relative à la collecte de ces renseignements au coordinateur de la LAIPVP de la Société d'habitation du Yukon, C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, 867-667-8773.

Introduction

La Société d'habitation du Yukon accordera la priorité aux demandeurs¹ en mesure de démontrer qu'ils ont un besoin urgent de logement, car leur sécurité est menacée par une personne avec qui ils vivent actuellement. Les victimes de violence ne devraient pas continuer à subir des mauvais traitements en raison de l'inexistence d'une offre de logements abordables.

But du présent formulaire

Le présent formulaire de vérification sert à recueillir des renseignements particuliers auprès d'une tierce partie en mesure d'attester que votre besoin de logement est prioritaire conformément à la politique de 2014 sur les victimes de violence.

La Société d'habitation du Yukon utilisera ces renseignements en vue :

- de déterminer votre admissibilité à bénéficier d'une priorité pour obtenir un logement social;
- d'évaluer vos besoins en matière de logement.

À qui s'adresse ce formulaire?

Les personnes qui désirent bénéficier d'une priorité sur la liste d'attente conformément à la politique sur les victimes de violence doivent utiliser le présent formulaire. Ce dernier doit être dûment rempli et joint au formulaire ordinaire de demande de logement locatif.

ÉTAPE 1 : Remplissez et signez la partie 1 pour autoriser une tierce partie à remplir et à soumettre le formulaire à la Société d'habitation du Yukon.

ÉTAPE 2 : Remettez le présent formulaire à la personne de votre choix qui doit attester la réalité de votre situation personnelle et demandez-lui de remplir la partie 2, ou remplissez-la avec elle.

ÉTAPE 3 : La tierce personne doit retourner le formulaire par la poste à la Société d'habitation du Yukon, au 410, rue Jarvis, Whitehorse (Yukon) Y1A 2H5, au bureau de la Société d'habitation de votre localité ou par télécopieur (voir les numéros de télécopieur sur la dernière page du présent formulaire).

PARTIE 1 – À remplir par le demandeur

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Avez-vous déjà présenté une demande de logement locatif à la Société d'habitation du Yukon? Oui Non

Si non, assurez-vous de joindre le formulaire de demande de logement locatif dûment rempli au présent formulaire de vérification. Si la Société ne reçoit pas le formulaire de demande de logement, le formulaire de vérification ne sera pas traité.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ	
Adresse municipale	Ville/localité	Territoire/province	Code postal
Courriel	Téléphone (domicile)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (travail)

Deux pièces d'identité vous seront demandées.

COORDONNÉES

Veuillez fournir un numéro de téléphone ou une adresse où il est possible de vous joindre sans compromettre votre sécurité.

Adresse municipale	Ville/localité	Territoire/province	Code postal
Courriel	Téléphone (domicile)	Téléphone (cellulaire)	Téléphone (travail)

Je, _____, demande à la Société d'habitation du Yukon de m'accorder la priorité sur la liste d'attente de logements sociaux dans la collectivité de _____, conformément à la politique sur les victimes de violence.

J'autorise la personne nommée ci-dessous [*la tierce partie qui atteste ma situation*] à communiquer des renseignements personnels à la Société d'habitation du Yukon à l'appui de ma demande visant à bénéficier d'une priorité sur la liste d'attente de logements sociaux. J'autorise également la Société d'habitation à recueillir indirectement des renseignements à mon sujet.

Signature du demandeur

Date

Nom de la tierce partie attestant ma situation personnelle

Organisme auquel appartient la tierce partie

ÉTAPE 2 : Veuillez remettre le présent document à la personne à qui vous avez demandé d'agir à titre de tierce partie pour attester votre situation personnelle. Cette personne soumettra elle-même le formulaire de vérification en votre nom à la Société d'habitation du Yukon.

¹Le présent document a été rédigé sans distinction de genre.

Renseignements à l'intention de la tierce partie

Le demandeur nommé dans la partie 1 a présenté une demande de logement locatif à la Société d'habitation du Yukon. Cette dernière offre des logements non meublés que les locataires doivent être en mesure de conserver et dans lesquels ils seront capables de vivre de façon autonome ou en comptant sur des services de soutien de base pouvant être fournis par des organismes d'assistance.

Veillez prendre note que le formulaire de vérification, dûment rempli, doit avoir été daté dans les trois mois précédant la réception de la demande de logement.

Le demandeur désire que la Société d'habitation du Yukon lui accorde une priorité sur la liste d'attente de logements sociaux en raison d'actes de violence commis contre lui. Le présent formulaire sert à recueillir des renseignements sur le demandeur auprès d'une personne en mesure d'attester la situation personnelle de ce dernier.

Qui peut agir à titre de tierce personne?

Vous pouvez agir à titre de tierce personne pour attester la situation personnelle du demandeur si vous êtes un professionnel qualifié travaillant pour une agence gouvernementale ou un organisme. Exemple de personnes pouvant agir à titre de tierce partie :

- agent de police;
- professionnel de la santé ou de la santé mentale (médecin, infirmière, psychologue ou psychiatre);
- travailleur social agréé ou gestionnaire de cas (services sociaux);
- travailleur des Services aux victimes (gouvernement du Yukon);
- directeur général d'une maison de transition;
- autres fournisseurs de services sociaux dans le domaine de la prévention de la violence familiale et de l'intervention.

« Acte de violence » et « mauvais traitements » : définition

« Acte de violence » ou « mauvais traitements » : Acte ou comportement délibéré par lequel une personne, dans une relation intime, choisit de dominer, de contrôler ou de faire du mal à une autre personne en ayant recours à la violence physique ou sexuelle ou en menaçant d'y avoir recours. Il peut s'agir d'un seul acte ou d'un certain nombre d'actes. Ce type d'acte ou de comportement comprend également la violence psychologique ou l'exploitation financière au point où la victime craint pour sa sécurité ou celle d'un membre de sa famille.

« Auteur d'actes de violence » : la personne qui, dans une relation intime, choisit de se comporter de façon à faire mal à l'autre, à la contrôler ou à la dominer; ce peut être un conjoint de droit ou de fait, un partenaire intime, un père ou une mère, ou un enfant.

Signes de mauvais traitements

Pour évaluer la situation personnelle du demandeur, veuillez vous reporter à la liste ci-après de ce qui est considéré comme un « signe de mauvais traitements » aux fins de l'application de la politique sur les victimes de violence :

- actes commis intentionnellement ou avec insouciance qui causent des lésions corporelles ou des dommages matériels;
- actes qui, à la lumière de toutes les circonstances pertinentes de la relation, constituent de la violence physique, sexuelle ou psychologique, ou de l'exploitation financière, y compris, sans toutefois s'y limiter :
 - blessures corporelles infligées à la personne par l'auteur d'actes de violence;
 - emploi de la force par l'auteur d'actes de violence pour contraindre la personne à se livrer à des actes dégradants ou à des actes sexuels contre son gré;
 - tentative de blesser la personne ou un autre membre du ménage;
 - utilisation d'une arme contre la personne ou un autre membre du ménage;
 - menaces de blesser la personne ou un autre membre du ménage;
 - menace d'utiliser une arme contre la personne ou un autre membre du ménage;
 - terroriser la personne, y compris détruire ou endommager ses biens et s'en prendre à un animal de compagnie;
 - isolement forcé de la personne;
 - paroles, actes, menaces ou gestes dans l'intention de faire en sorte que la personne craigne pour sa sécurité ou celle d'un membre de sa famille;
 - contrôle abusif sur les activités quotidiennes ou les affaires financières de la personne, y compris forcer cette dernière à fournir des renseignements personnels de nature financière;
 - priver la personne de nourriture, de vêtements, de soins médicaux, de logement, de transport ou de toute autre nécessité de la vie.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Je connais le demandeur et j'ai vu deux de ses pièces d'identité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je possède les compétences pour agir à titre de tierce partie pour attester la situation du demandeur.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le demandeur vit-il actuellement avec la personne qui, à votre connaissance, a commis des actes de violence contre lui? Si non, depuis combien de temps vivent-ils séparément et quelle est leur situation sur le plan du logement? Le demandeur vit-il dans un refuge doté en personnel ou dans une maison de seconde étape (ex. maison de transition, refuge d'urgence)? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
À ma connaissance, le demandeur est admissible à bénéficier d'une priorité sur la liste d'attente des logements sociaux en raison de la peur constante que lui inspire l'auteur d'actes de violence.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veillez fournir les renseignements que vous possédez sur toute forme de soutien que le demandeur reçoit actuellement (ex. soins à domicile). _____	
Si la Société d'habitation du Yukon fournissait un logement au demandeur, selon vous, ce dernier aurait-il besoin de services de soutien pour pouvoir vivre normalement dans son logement? Si oui, indiquez quel type de soutien vous ou votre organisme pourriez fournir : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si possible, veuillez joindre tout document supplémentaire attestant les mauvais traitements subis par le demandeur : document du tribunal décrivant les actes de violence commis contre lui, ordonnance d'interdiction de harcèlement, ordonnance de bonne conduite ou ordonnance d'intervention d'urgence.	<input type="checkbox"/> Document joint

RENSEIGNEMENTS SUR LA TIERCE PARTIE ATTESTANT LA SITUATION DU DEMANDEUR

(Cette partie doit être remplie par la tierce partie.)

Nom (en lettres détachées)	Organisme	Courriel
Titre du poste	Adresse	Téléphone

Je confirme avoir examiné les renseignements fournis par le demandeur et par moi-même, et je déclare que, à ma connaissance, ils sont exacts.

AAAA/MM/JJ

Signature de la tierce personne

Date

Il est possible que la Société d'habitation du Yukon communique avec vous pour confirmer l'information que vous avez fournie. Pour de plus amples renseignements concernant la politique sur les victimes de violence, veuillez téléphoner au service de gestion des logements de la Société d'habitation du Yukon, au 867-667-5712. Les renseignements personnels fournis par vous et par le demandeur sont recueillis afin de déterminer l'admissibilité à bénéficier d'une priorité pour obtenir un logement social conformément aux conditions énoncées dans la politique de 2014 sur les victimes de violence. Veuillez adresser toute demande relative à la collecte de ces renseignements au service de gestion des logements de la Société d'habitation du Yukon, au 867-667-5712.

Veillez faire parvenir le formulaire de vérification dûment rempli à la Société d'habitation du Yukon, par la poste ou par télécopieur, aux coordonnées suivantes :

Par la poste ou en personne

410, rue Jarvis
Whitehorse (Yukon) Y1A 2H5
ou au bureau de la Société
d'habitation de votre localité

Fax

Whitehorse : 867-393-7597
Carcross : 867-821-3806
Carmacks : 867-863-6124
Dawson : 867-993-5814
Faro : 867-994-3174

Haines Junction : 867-634-2416
Mayo, Pelly : 867-996-2417
Ross River : 867-969-2002
Teslin : 867-390-2207
Watson Lake : 867-536-7356

Numérisé

ykhous.e.yk.ca



VÉRIFICATION MÉDICALE À L'INTENTION DES DEMANDEURS DEVANT QUITTER UNE COLLECTIVITÉ RURALE (HORS DE WHITEHORSE)

PARTIE 1 – À remplir par le demandeur¹Nom du demandeur _____ Date de naissance AAAA/MM/JJ

Je réside actuellement à _____

Je présente une demande de relocalisation à _____

Je consens par la présente à ce que les renseignements fournis ci-après soient communiqués à la Société d'habitation du Yukon en vue de déterminer mon admissibilité à un logement et l'ordre de priorité à m'accorder ainsi que de déterminer les services de soutien pouvant m'être utiles.

Signature du demandeur Nom (en lettres détachées) AAAA/MM/JJ
Date

PARTIE 2 – À remplir par un fournisseur de soins de santé*

La personne susmentionnée a présenté une demande de logement social et souhaite bénéficier d'une priorité par rapport aux autres demandeurs sur la liste d'attente. Pour pouvoir bénéficier de la priorité, le demandeur doit être une personne souffrant d'un trouble de santé grave, chronique ou aigu nécessitant des traitements, un soutien ou des soins prolongés ou périodiques qui ne sont pas offerts dans la collectivité où elle habite actuellement.

Veillez indiquer si oui ou non le demandeur souffre d'un trouble de santé suffisamment important pour justifier qu'on lui accorde la priorité.

Nature du trouble de santé grave ou chronique :

Traitements, soutien ou soins nécessaires qui NE SONT PAS offerts dans la collectivité où il habite actuellement :

J'atteste par la présente que le demandeur souffre d'un trouble de santé grave, chronique ou aigu nécessitant des traitements, un soutien ou des soins prolongés ou périodiques **qui ne sont pas offerts** dans la collectivité où il habite actuellement.

Signature du fournisseur de soins Nom et titre du fournisseur (en lettres détachées) AAAA/MM/JJ
Date

* Aux fins du présent document, le terme « fournisseur de soins de santé » désigne un médecin ou une infirmière praticienne en santé de proximité.

VÉRIFICATION MÉDICALE À L'INTENTION DES PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE**PARTIE 1 – À remplir par le demandeur¹**Nom du demandeur _____ Date de naissance AAAA/MM/JJ

Je présente une demande de logement à _____

Je consens par la présente à ce que les renseignements fournis ci-après soient communiqués à la Société d'habitation du Yukon en vue de déterminer mon admissibilité à un logement et l'ordre de priorité à m'accorder ainsi que de déterminer les services de soutien pouvant m'être utiles.

Signature du demandeur Nom (en lettres détachées) AAAA/MM/JJ
Date

PARTIE 2 – À remplir par un fournisseur de soins de santé*

La personne susmentionnée a présenté une demande de logement social et souhaite bénéficier d'une priorité par rapport aux autres demandeurs sur la liste d'attente. Pour pouvoir bénéficier de la priorité, le demandeur **doit** souffrir d'un trouble de santé de nature prolongée, effective ou envisagée, faisant en sorte qu'elle ne peut utiliser les escaliers pour accéder à son logement ou y vivre de façon autonome sans risquer de nuire gravement à sa santé ou de lui causer des difficultés importantes.

Veuillez indiquer si oui ou non le demandeur souffre d'un trouble de mobilité suffisamment important pour justifier qu'on lui accorde la priorité.

Le demandeur parvient-il à marcher sans aide?

 Non Oui

Parvient-il à monter et à descendre les escaliers sans aide?

 Non Oui**Si non**, doit-il utiliser : Canne Déambulateur (une marchette)
 Fauteuil roulant Autres : _____**Si oui**, combien de marches peut-il monter ou descendre? 5 marches 10 marches (1 étage)
 20 marches (2 étages) Plus de 20 marches

Durée prévue du trouble de mobilité : _____

J'atteste par la présente que le demandeur souffre d'un trouble de santé faisant en sorte qu'il ne peut utiliser les escaliers pour accéder à son logement ou y vivre de façon autonome sans risquer de nuire gravement à sa santé ou de lui causer des difficultés importantes.

Signature du fournisseur de soins Nom et titre du fournisseur (en lettres détachées) AAAA/MM/JJ
Date

* Aux fins du présent document, le terme « fournisseur de soins de santé » désigne un médecin ou une infirmière praticienne en santé de proximité.



FORMULAIRE FACULTATIF
AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements seront communiqués ou échangés aux fins suivantes : déterminer mon admissibilité (ou celle de mon ménage) à un logement fourni par la Société d'habitation du Yukon; maintenir l'admissibilité et le droit à un logement; déterminer le montant du loyer à payer; déterminer la nature des services de soutien pouvant m'être utiles, y compris coordonner ces services. Les renseignements pouvant être communiqués ou échangés comprennent des renseignements personnels sur ma situation ou celle de mon ménage ainsi que des renseignements d'ordre médical, financier ou autre.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse (Numéro et rue ou case postale)	Localité	Code postal

Par la présente, je, _____, autorise la Société d'habitation du Yukon à échanger des renseignements avec :

Agence/Représentant/Professionnel

Agence/Représentant/Professionnel

Agence/Représentant/Professionnel

Agence/Représentant/Professionnel

Je suis conscient du fait que je peux annuler ou modifier par écrit le présent consentement en tout temps.

Signature du demandeur ou de son représentant

AAAA/MM/JJ

Date

Témoin

AAAA/MM/JJ

Date

Si vous signez au nom du demandeur, veuillez indiquer en vertu de quel pouvoir légal vous êtes autorisé à le faire.

Pouvoir légal

Téléphone