

## Demande de logement à loyer modique

### POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE :

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S'assurer d'être admissible avant de débiter Consulter notre site web : <a href="https://www.omhhr.com/admissibilite">https://www.omhhr.com/admissibilite</a></li> <li>✓ Remplir toutes les sections, de 1 à 6</li> <li>✓ Signer le formulaire à la section 7</li> <li>✓ Joindre des copies des documents suivants :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avis de cotisation</b> provincial détaillé OU déclaration de revenus provinciale de l'année précédente avec les relevés d'impôts (ex. : Relevé 1, relevé 5, ...)</li> <li>• <b>Bail</b> ou <b>Relevé 31</b></li> <li>• Preuve de fréquentation scolaire pour les personnes de 18 ans ou plus actuellement aux études</li> <li>• Toute autre document demandé aux sections 4 et 5</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faire parvenir le tout par la poste ou en personne au : Office municipale d'habitation Haut Richelieu 145, rue Latour, bureau 100 Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 7T8</li> <li>✓ Pour plus de renseignements :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone : 450-348-3831, option 1</li> <li>• Site Internet : <a href="http://www.omhhr.com">www.omhhr.com</a></li> </ul> </li> </ul> <p><b>Attention : À défaut de fournir toutes les informations demandées, le dossier sera considéré incomplet et par conséquent, ne pourra être présenté au comité de sélection.</b></p>
<b>RÉSERVÉ À L'OMHHR</b>	
M :	
D :	

1

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (Art. 11 et 16)

NOM	PRÉNOM	
COURRIEL ÉLECTRONIQUE	IND. RÉG. ( )	N° DE TÉLÉPHONE
		-
Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### ADRESSE ACTUELLE

ADRESSE	CODE POSTAL	DURÉE DE RÉSIDENCE
		De ___/___/___ À ___/___/___ jj / mm / aaaa      jj / mm / aaaa

### ADRESSE PRÉCÉDENTE (si vous demeurez à votre adresse actuelle depuis moins de 2 ans, remplir cette section)

ADRESSE PRÉCÉDENTE	CODE POSTAL	DURÉE DE RÉSIDENCE
		De ___/___/___ À ___/___/___ jj / mm / aaaa      jj / mm / aaaa
		De ___/___/___ À ___/___/___ jj / mm / aaaa      jj / mm / aaaa

### PERSONNES RESSOURCES (Indiquer les noms et prénoms de deux personnes, parlant français ou anglais, à rejoindre en cas d'absence)

NOM ET PRÉNOM	LIEN	IND. RÉG. ( )	N° DE TÉLÉPHONE
			-
			-

2

**COMPOSITION DU MÉNAGE** (Art. 11)

Nombre total des membres du ménage :		Numéro de téléphone du chef du ménage :		IND. RÉG. ( )	N° DE TÉLÉPHONE -	
<b>CHEF DU MÉNAGE</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait		% DE TEMPS DE GARDE <b>N/A</b>	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)						
<b>OCCUPANT 2</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DU MÉNAGE		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OCCUPANT 3</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OCCUPANT 4</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OCCUPANT 5</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OCCUPANT 6</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>OCCUPANT 7</b>						
NOM ET PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE / / JJ / MM / AAAA	ÂGE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR		% DE TEMPS DE GARDE **	N° ASSURANCE SOCIALE / /	HANDICAPÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* **Proche aidant** : Veuillez remplir le tableau ci-dessus. S'il y a lieu, inscrivez « proche aidant » dans la colonne « lien de parenté »

\*\* En cas de garde partagée, veuillez préciser le **pourcentage de temps de garde** pour chaque enfant

3

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

1. Est-ce que vous, ou un membre de votre ménage, avez déjà habité dans un logement subventionné (HLM, PSL, ...)?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, le nom et le prénom de la personne : _____			
Adresse du logement : _____			
Date de départ : ____/____/____ Raison du départ : _____			
2. Est-ce que vous, ou un membre de votre ménage, avez :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- déjà été expulsé d'un logement à loyer modique?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- déjà déguerpi d'un logement à loyer modique sans aviser le locateur?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- une dette envers un locateur de logements à loyer modique?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

4

**INFORMATIONS SUR L'AUTONOMIE** (Art. 11 et 14)

1. Êtes-vous autonome (c.-à-d. capable d'assurer vos besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles sans aide)?  Oui  Non
2. Êtes-vous autonome avec l'aide d'un soutien extérieur?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie ».**
3. Un membre de votre ménage est-il atteint d'un handicap physique locomoteur qui entraîne des difficultés d'accessibilité au logement (fauteuil roulant, marchette, etc.)?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie »**
4. Un membre de votre ménage est-il en perte d'autonomie ou atteint d'un handicap physique locomoteur qui nécessite d'habiter avec un proche aidant?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez remplir et signer l'annexe « Questionnaire sur l'autonomie »**

5

**BIENS POSSÉDÉS PAR LE MÉNAGE** (Art. 11 et 16 si le locateur a adopté un règlement à cet effet)

Indiquer si vous ou un des membres de votre ménage possédez des biens et en indiquez la valeur marchande

	CHEF DU MÉNAGE	AUTRE MEMBRE	AUTRE MEMBRE	AUTRE MEMBRE
		Nom et prénom	Nom et prénom	Nom et prénom
Comptes bancaires	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
REER / FERR	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Obligations d'épargne	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Dépôts à terme	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Actions	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Autres placements	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Auto : modèle	_____	_____	_____	_____
année	_____	_____	_____	_____
Maison, chalet	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Autres biens (excluant l'ameublement)	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$

**\*\*\* Joindre les copies des pièces justificatives de tous ces biens \*\*\***

6

**TERRITOIRE**

Dans quel secteur / ville désirez vous vous inscrire ? Indiquez par un X

Famille ou personne seule		50 ans et plus		65 ans et plus	
Saint-Jean-sur-Richelieu		Saint-Jean-sur-Richelieu		Saint-Jean-sur-Richelieu	
Iberville		Iberville		Iberville	
Hemmingford (famille seulement)		Saint-Luc			
		Mont Saint-Grégoire			
		Saint-Alexandre			
		Lacolle			
		Napierville			
		Hemmingford			

7

**ATTESTATION**

Je certifie que les renseignements donnés plus haut sont véridiques et complets. J'autorise l'OMHHR à faire toutes les vérifications qu'il juge nécessaires. Il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l'OMHHR et de la Société d'habitation du Québec. Je reconnais que toute déclaration fautive ou incomplète concernant le présent formulaire ou relative à tout document ci-joint pourra occasionner une ou plusieurs des conséquences suivantes pour ma demande de logement : le rejet, l'annulation, le déclassement, le retrait des listes d'admissibilité, la perte de l'ancienneté initiale ou le retrait d'une offre de logement.

**Signature du demandeur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 JJ MM AAAA