

PROJET ÎLOT SAINT-CLÉMENT

A IDENTIFICATION	
Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	
_____	_____
jour	mois
_____	_____
année	Âge
Nom du conjoint-e:	
Prénom du conjoint-e:	
Date de naissance:	
_____	_____
jour	mois
_____	_____
année	Âge
Numéro de téléphone:	
Adresse:	
_____	_____
numéro	rue
_____	_____
ville	code postal
Depuis combien d'année habitez-vous à cette adresse?	
Combien de personnes habiteront le logement demandé?	
Un membre de votre ménage est-il atteint d'un handicap majeur?	
Si oui, expliquez:	
B DESCRIPTION DU LOGEMENT DEMANDÉ	
Quel type de logement désirez-vous? (encerclez la réponse)	
3 1/2	4 1/2
	logement adapté pour fauteuil roulant?
C DESCRIPTION DU LOGEMENT ACTUEL	
Êtes-vous ? Propriétaire Locataire Chambreur (encerclez la réponse)	
Quel est le coût de votre loyer actuel? _____ \$	
Avez-vous un stationnement? _____ \$	
D REVENU DU MÉNAGE	
Quel est le revenu brut de votre ménage? (tous les occupants, y incluant vous-même)	
_____ \$	_____ \$
Annuel	Mensuel
E SIGNATURES OBLIGATOIRES	
Requérant-e: _____	Date: _____
Conjoint-e: _____	Date: _____

Postez à: Maison des aînés H.-M. 1620, ave de La Salle bureau 112 Montréal (Qc) H1V 2J8