



Demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie

Nom : _____ **Date de naissance :** _____

Numéro de dossier : _____

Information à l'intention du demandeur

Vous avez indiqué dans votre demande de loyer indexé sur le revenu (LIR) que vous avez une maladie terminale ou une condition médicale grave et souhaitez bénéficier du statut d'accès prioritaire local. Une demande pour ce statut doit comprendre :

- ✓ le présent formulaire, « Demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie », dûment rempli par le demandeur
ET
- ✓ la section « Vérification et la déclaration » ci-après, remplie et signée par un médecin autorisé à pratiquer.

Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie, veuillez-vous assurer que toutes les sections du formulaire sont remplies. Tout renseignement divulgué au Registre du logement social d'Ottawa demeurera confidentiel.

Retourner le formulaire par la poste au: Centre d'enregistrement / The Registry
240 rue Catherine, Suite 110
Ottawa, Ontario K2P 2G8

Définition de statut médical

Le Registre peut attribuer un « statut d'accès prioritaire local (pour condition médicale grave qui menace la vie) » à votre demande dans les cas suivants :

- Ménage dont un membre est atteint d'une maladie en phase terminale ou d'une maladie grave qui menace la vie et qui est empirée par les conditions de logement actuelles.
- Le ménage doit prouver par un avis médical qu'un changement de logement mettrait la vie de la personne concernée hors de danger.

Je, _____ (nom en lettres moulées), demande par la présente le statut pour condition médicale grave qui menace la vie et donne mon autorisation et mon consentement à ce que les renseignements et les documents exigés par le Registre du logement social d'Ottawa lui soient divulgués à des fins de vérification en vue de déterminer mon admissibilité au statut pour condition médicale grave qui menace la vie.

Signature _____ Date _____

Demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie

Veillez décrire votre situation actuelle de logement

(Cette section doit être remplie avant que le formulaire soit présenté au médecin.)

☐ **Appartement**

Nombre de chambres à coucher : _____

À quel étage vivez-vous? _____

Ascenseur dans l'immeuble? Oui _____ Non _____

Entrée principale accessible? Oui _____ Non _____

Si *Non*, nombre de marches pour accéder à l'immeuble : _____

☐ **Maison / Maison en rangée**

Nombre de chambres à coucher : _____

Nombre de marches pour accéder à l'entrée principale : _____

Nombre de salles de bain : _____

Nombre de marches pour accéder aux principales aires d'habitation : _____

☐ **Refuge / Autre**

Veillez préciser :

Autres conditions du logement

Veillez expliquer les autres conditions de votre logement actuel qui influent sur votre trouble médical.

J'atteste que les renseignements donnés ci-dessus sont véridiques et exacts.

Nom : _____

Signature : _____

DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS POURRAIENT ÊTRE DEMANDÉS.

Demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie

Information à l'intention du médecin

Votre patient(e) a demandé de se faire reconnaître pour le statut pour condition médicale grave qui menace la vie sur la liste d'attente de logement à loyer indexé sur le revenu. Le statut pour condition médicale grave qui menace la vie est attribué à un demandeur ou un membre du ménage qui est atteint d'une maladie en phase terminale ou d'une maladie grave qui menace la vie et qui est empirée par les conditions de logement actuelles. Le ménage doit prouver par un avis médical qu'un changement de logement mettrait la vie de la personne concernée hors de danger.

Veillez préciser quel est le trouble médical de votre patient(e) et comment son logement actuel, tel qu'il est décrit ci-dessus (page 2) par le demandeur influe sur sa santé. Des affirmations générales indiquant que le client bénéficierait de tel type ou de tel emplacement de logement sont insuffisantes.

Le sceau officiel et la signature du médecin doivent être apposés au présent rapport. Le rapport demeurera confidentiel.

À remplir par le médecin : Tous les commentaires doivent être en LETTRES MOULÉES et LISIBLES.

Veillez répondre en langage clair et simple aux questions posées dans le formulaire et ne pas utiliser d'abréviations ou de sigles. Au besoin, veuillez annexer une feuille supplémentaire ou une lettre.

Nom du (de la) patient(e) : _____

Depuis combien de temps traitez-vous le (la) patient(e)? _____

Diagnostic primaire : _____

Pronostic : _____

Diagnostic secondaire : _____

Pronostic : _____

Demande de statut pour condition médicale grave qui menace la vie

Veuillez expliquer comment le logement actuel à une répercussion directe sur la condition médicale et indiquer comment un changement de logement éliminera l'aspect menaçant de cette condition.

Vérification et déclaration du médecin	
J'atteste que l'information donnée ci-dessus représente mon opinion professionnelle et qu'elle est, au mieux de ma connaissance et de ma conviction, véridique et exacte.	
Sceau officiel	
Nom du médecin (en lettres moulées)	
Signature du médecin	
Date	
Ne pas envoyer par télécopieur. L'original du formulaire est exigé.	

Veuillez prendre note que des employés du Centre d'enregistrement voudrons peut-être vous contacter afin d'obtenir des documents ou des informations supplémentaires