



Questionnaire pour les requérants ayant besoin d'un logement modifié/adapté

Réservé au Centre

Reçu le (date) :

Par :

En fournissant les renseignements demandés ici, vous saurez que l'on tiendra compte de vos besoins spéciaux en matière de logement.

Ce formulaire doit être entièrement rempli par votre médecin.
Retournez le formulaire au Registre

240, rue Catherine, bureau 110
Ottawa, Ontario K2P 2G8

Nom du requérant : _____ Date de naissance : _____

N° de dossier au Centre d'enregistrement : _____

1. Membre du ménage ayant besoin d'un logement adapté.

- ☐ Requérant ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

2. Appareils utilisés par la personne handicapée :

- ☐ Canne/Marchette ☐ Fauteuil roulant ☐ Scooter (extérieur seulement)
☐ Scooter (intérieur/extérieur)
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

3. Dispositifs adaptés requis à l'intérieur du logement. (Veuillez cocher selon le besoin)

Salle de bain

- ☐ Barre d'appui pour la toilette ☐ Barre d'appui pour le bain ☐ Douche accessible en
fauteuil roulant
(disponibilité limitée)
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

Cuisine

- ☐ Comptoirs surbaissés ☐ Armoires modifiées
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

Autres pièces du logement

- ☐ Chambre à coucher ☐ Salon ☐ Salle à manger
☐ Espace de rangement plus grand pour matériel spécialisé
Veuillez décrire : _____
☐ Tapis pour créer une surface antidérapante
☐ Absence de tapis ou tapis aux poils courts pour faciliter les déplacements en fauteuil roulant
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

4. Besoin de cadres de porte élargis dans le logement.

- ☐ Non ☐ Oui Si Oui, largeur minimale requise _____ (en pouces)

5. Un logement avec escaliers vous conviendrait-il?

☐ Non ☐ Oui

6. Si Oui, vous faut-il une salle de bain à l'étage principal?

☐ Non ☐ Oui Si Oui : ☐ Salle de bain complète ☐ Demi-salle de bain

7. Dispositifs adaptés requis à l'extérieur du logement dans les locaux suivants. (Veuillez cocher selon le besoin)

☐ Stationnement ☐ Entrée principale ☐ Vestibule
☐ Courrier ☐ Buanderie ☐ Déchets
☐ Ascenseur
☐ Autre (Veuillez préciser) _____

8. Le membre handicapé du ménage a-t-il besoin de services de soutien communautaires?

☐ Non ☐ Oui Si Oui, pourra-t-il continuer à y avoir accès une fois installé dans un nouveau logement?
☐ Non ☐ Oui

9. Le membre du ménage a-t-il besoin d'un fournisseur de soins/accompagnateur à temps plein?

☐ Non ☐ Oui

10. Autre : _____

Nous vous remercions de remplir le questionnaire.

Signature : _____ Date : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

Timbre du médecin : _____

Les fournisseurs de logements examineront votre dossier pour voir si leurs locaux et installations vous conviennent.

Les renseignements personnels fournis dans ce formulaire ou les pièces jointes sont recueillis par Le Centre d'enregistrement conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (L.R.O. 1990, c. F-31) ou à la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* (L.R.O. 1990, c. M-56). Ces renseignements pourront être utilisés pour évaluer l'admissibilité au logement demandé, déterminer s'il y a lieu de poursuivre la location et calculer le loyer indexé sur le revenu.

L'officier d'intimité pour le Centre d'enregistrement est la directrice générale. Les questions ou les inquiétudes de l'usage de votre information personnelle peuvent être dirigées dans l'écriture à notre bureau à 240, rue Catherine, bureau 110, Ottawa, Ontario, K2P 2G8.