



**Office municipal
d'habitation
de Sherbrooke**

Formulaire à être complété par un intervenant social ou un professionnel de la santé

Nom de la personne :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone :	
Nom du professionnel :	
Domaine de compétences :	
Téléphone :	

Autorisation du requérant

Je, soussigné(e), autorise par la présente que le ou la signataire de la présente fournisse toutes les explications relatives au présent questionnaire. Il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l'OMH de Sherbrooke.

Signature du requérant :

Date :

Informations à l'intervenant social ou au professionnel de la santé

En conformité avec le *Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique*, l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke a adopté un règlement permettant de considérer certains facteurs lorsqu'il y a **des motifs sérieux de santé ou de sécurité qui font en sorte que son logement actuel constitue une menace pour lui ou un membre de son ménage.**

Problématique avec explications :

Relativement au logement actuel

Croyez-vous que le fait de demeurer dans son logement actuel représente une menace :

Pour la santé physique de cette personne?

Oui Non

Pour la sécurité de cette personne?

Oui Non

Pour la santé mentale de cette personne?

Oui Non

Par rapport à la santé physique de cette personne, un changement de logement vous apparaît-il?

Essentiel Non essentiel

Par rapport à la sécurité de cette personne, un changement de logement vous apparaît-il?

Essentiel Non essentiel

Par rapport à la santé mentale de cette personne, un changement de logement vous apparaît-il?

Essentiel Non essentiel

Y a-t-il des aménagements qui pourraient être effectués au logement pour éviter un déménagement en regard à la santé physique ou la sécurité de cette personne?

Oui Non

Si oui, lesquels?

Évolution de la situation si maintien au logement actuel :

Amélioration prévue État stable Détérioration prévue

Commentaires ou recommandations :

Signature de l'intervenant ou du
professionnel de la santé

Date

Numéro de pratique s'il y a lieu _____