

MANIFESTATION D'INTÉRÊT

Maison des aînés de Saint-Amable



Un projet d'habitation communautaire pour personnes âgées est à l'étude dans la Municipalité de Saint-Amable.

Le Comité logement Rive-Sud, à titre de Groupe de Ressources Techniques, accompagne les porteurs de projet (acteurs communautaires et citoyenNEs de Saint-Amable) dans la réalisation de ce projet.

La diffusion de ce formulaire vise à mieux connaître la demande et les besoins afin de s'assurer de la réussite de ce projet.

Merci de remplir ce formulaire si vous souhaitez habiter dans ce type de résidence dans les prochaines années et de nous le renvoyer par courriel (a.cabaret@comite-logement.org) ou par courrier : Comité logement Rive-Sud, 238 rue Saint-Louis, Longueuil J4R 2L6. Pour plus d'informations, contactez Anne Cabaret au 450 699 3060 #4.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR				
Nom et prénom du demandeur :				
Adresse :			App. :	
Ville :		Province :		Code postal :
Courriel :			Tél :	
Dans combien de temps souhaiteriez-vous emménager dans la résidence pour aînés : <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2-4 ans <input type="checkbox"/> 5ans et +				
Le cas échéant, nom, prénom et tél. de la personne à contacter :				
DESCRIPTION DU MÉNAGE				
Actuellement, vous êtes : <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire				
Recevez-vous des services à domicile ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez :				
Revenu annuel du ménage : <input type="checkbox"/> - de 18 000\$ <input type="checkbox"/> 18-24 000\$ <input type="checkbox"/> 24-36 000\$ <input type="checkbox"/> 36-60 000\$ <input type="checkbox"/> 60 000 et +				
Nom et prénom des membres du ménage	Âge	Lien avec le demandeur (conjoint, enfant, etc)	Sexe	Handicap ou difficulté de mobilité :
Demandeur :			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Membre 2 :			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Membre 3 :			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Commentaire :				
SOUHAIT				
Logement : <input type="checkbox"/> 3 ½ <input type="checkbox"/> 4 ½		Service Alimentaire (mimum de 7 repas par semaine) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
BENEVOLAT				
<input type="checkbox"/> Je souhaiterais faire partie du conseil d'administration provisoire de l'organisme (plusieurs réunions à prévoir)				
DATE :			SIGNATURE :	