



## DEVENIR CANDIDAT-LOCATAIRE DE LOGIS-VIE

### Formulaire d'inscription

Avant de compléter ce formulaire d'inscription, assurez-vous de répondre à tous les critères d'admissibilité de Logis-vie, annexés à ce formulaire. Merci.

*Dans le présent document, nous nous conformons à la règle qui permet d'utiliser le masculin avec la valeur de neutre.*

SECTION A – INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT	
<b>Renseignements personnels</b>	
Nom :	Prénom :
Genre : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Refus de répondre	
Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)	
Numéro d'assurance maladie : _____	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone résidence :	Cellulaire :
Adresse électronique :	
<b>Milieu de vie actuel</b>	
Lieu d'habitation : <input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	
<input type="checkbox"/> Appartement : Depuis combien de temps? _____	
Habitez-vous seul? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Occupations journalières</b>	
Quelle(s) est (sont) votre (vos) occupation(s) principale(s) pendant le jour?	
<input type="checkbox"/> Stage ou atelier <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Bénévolat <input type="checkbox"/> Plateau <input type="checkbox"/> Autre	
Si autre, veuillez préciser : _____	
Nombre total de jours par semaine : _____	



<input type="checkbox"/> Limitation physique <input type="checkbox"/> Allergies ou intolérances (veuillez préciser) : <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Autre(s) (veuillez préciser) : _____ <hr/>
Êtes-vous fumeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>SECTION C – PROCHES-AIDANTS ET INTERVENANT PROFESSIONNEL</b>	
<p>Conformément aux règlements de Logis-vie, chaque locataire pourra avoir deux personnes significatives qui seront aussi des membres réguliers d’Habitations Logis-vie. Ces deux personnes fourniront au locataire un support à la vie en appartement. Elles seront les coordonnateurs du réseau de soutien personnel de celui-ci et elles assureront la complémentarité relativement aux services offerts par Logis-vie.</p> <p>Elles seront appelées à participer activement à la gouvernance de l’organisme et à son fonctionnement général, et à contribuer à ses projets et ses activités.</p>	
<b>Informations sur le premier proche-aidant</b>	
Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____	
Représentant légal : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone résidence :	Cellulaire :
Adresse électronique :	

Comment voyez-vous votre apport à la gouvernance et aux activités de Logis-vie ?

**Informations sur le second proche-aidant**

Nom : Prénom :

Mère       Père       Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Représentant légal : oui  non

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone résidence : Cellulaire :

Adresse électronique :

Comment voyez-vous votre apport à la gouvernance et aux activités de Logis-vie ?

### Informations sur l'intervenant professionnel

Bénéficiez-vous d'un suivi par un intervenant du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux Mauricie-Centre du Québec (CIUSSS-MCQ), dans le programme DITSA?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### SECTION D – MOTIVATIONS

Faites-nous part de vos motivations à vous inscrire au **Projet Logis-vie**.

MERCI! 😊

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION ET À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom, prénom) consens à ce que les responsables de Logis-Vie divulguent, communiquent et échangent les informations/données suivantes : habiletés de vie en appartement, habiletés d'harmonie sociale et informations sur les conditions de santé.

Ce partage d'information a pour objectif de faire une sélection adéquate des locataires. Ce consentement est valide pour une durée d'un an.

J'autorise cet échange d'informations/données avec les employés œuvrant pour les services suivants (soit de Logis-vie vers les services) :

- Services adultes DITSA du CIUSSS MCQ
- Services Intégration travail et vie communautaire (ITC) du CIUSSS MCQ
- Médecin de famille : \_\_\_\_\_
- Médecin(s)spécialiste(s) : \_\_\_\_\_
- École : \_\_\_\_\_
- Autre(s) (ex. organisme communautaire) : \_\_\_\_\_

Également, je consens à ce que les employés œuvrant pour les services ci-dessous divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes à mon dossier avec les responsables de Logis-Vie.

J'autorise cet échange d'informations/données avec les employés œuvrant pour les services suivants (soit des services vers Logis-vie) :

- Services adultes DITSA du CIUSSS MCQ
- Services Intégration travail et vie communautaire (ITC) du CIUSSS MCQ
- Médecin de famille : \_\_\_\_\_
- Médecin(s)spécialiste(s) : \_\_\_\_\_
- École : \_\_\_\_\_

Autre(s) (ex. organisme communautaire) : \_\_\_\_\_

*Les renseignements fournis dans ce formulaire sont confidentiels et à l'usage exclusif du comité de sélection de Logis-vie.*

*La transmission de faux renseignements dans ce formulaire ou lors des entretiens entraîneront le rejet de la candidature.*

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat / de la candidate

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du proche-aidant/représentant légal  
du candidat / de la candidate

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

**Veillez faire parvenir le formulaire d'inscription complété, en pièce jointe, à l'adresse courriel suivante : [candidatures@logisvie.org](mailto:candidatures@logisvie.org)**

**Ou le poster à l'adresse suivante :**

**Candidatures a/s F. Faille  
CP 20003  
TROIS-RIVIÈRES CP ROSEMONT, QC, G8Z 4T9**

**Le formulaire devra nous parvenir au plus tard le 7 février 2025. Merci.**



ANNEXE AU FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**LISTE DES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :**

**Sera admissible le(la) candidat(e) qui répond aux critères suivants :**

1. Avoir transmis le formulaire d'inscription complété avant la date limite ;
2. Vivre avec une trisomie 21 ou autre forme de déficience intellectuelle sans problème majeur de comportement ;
3. Avoir 21 ans et plus ;
4. Être un résident de Trois-Rivières ;
5. Résider dans sa famille naturelle ;
6. Accepter les normes d'occupation suivantes fixées par Logis-vie : non-fumeur, une personne par logement, animaux non permis ;
7. Avoir un ou deux proches-aidants ;
8. Avoir un dossier actif au CIUSSS-MCQ en DITSA et autoriser celui-ci à transmettre des informations concernant le candidat-locataire ;
9. Répondre aux critères d'admissibilité du Programme de supplément au loyer (PSL). Pour avoir droit au PSL, le revenu maximum annuel pour une personne seule vivant à Trois-Rivières doit être **de moins de 26 000\$** (montant inscrit à la ligne 199 du rapport d'impôt 2024).
10. Exercer une occupation externe régulière (travail, étude, stage, bénévolat) ;
11. Être autonome dans ses déplacements (transport en commun et/ou transport adapté) ;
12. Ne pas avoir de condition de santé connue nécessitant une intervention soutenue de la part des intervenants de Logis-vie.

Le respect de ces critères est obligatoire. Leur non-respect entraîne le refus de la candidature.

Les candidats(es) répondant à ces critères seront inscrits(es) sur la liste d'admissibilité pour une période d'un an.