



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

Quels sont vos loisirs et activités externes?
Quels sont vos moyens de transport? ☐ Transports en commun ☐ Transports adaptés ☐ Autres Si autre, veuillez préciser : _____
Admissibilité au Programme de supplément au loyer (PSL)
Êtes-vous admissible au PSL? ☐ Oui ☐ Non <i>Pour informations : 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).</i>

SECTION B – DIAGNOSTIC ET SANTÉ
Diagnostic
Veuillez indiquer votre(vos) diagnostic(s) : ☐ Trisomie 21 ☐ Déficience intellectuelle : ☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère ☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ☐ Autre(s) (veuillez préciser) : _____
Informations complémentaires
Prenez-vous des médicaments? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez les lister : _____ _____
Avez-vous besoin de soutien pour la prise de médicaments? ☐ Oui ☐ Non
Problèmes de santé : (veuillez cocher ce qui se rapporte à vous) ☐ Asthme ☐ Diabète ☐ Épilepsie ☐ Déficience auditive ☐ Déficience visuelle ☐ Maladie cardiovasculaire

☐ Limitation physique ☐ Allergies ou intolérances (veuillez préciser) :
☐ Autre(s) (veuillez préciser) :
Êtes-vous fumeur? ☐ Oui ☐ Non

SECTION C – PROCHES-AIDANTS ET INTERVENANT PROFESSIONNEL
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. 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.
Informations sur le premier 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 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

Ou le poster à l'adresse suivante :

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



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 du territoire du Réseau Local de Services de Trois-Rivières selon le découpage du CIUSSS-MCQ;
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.