



## Responsabilités des résidents

Le résident rencontrera l'équipe d'intervention pour travailler ensemble sur des buts et des objectifs personnels. Le résident paiera son loyer le premier jour de chaque mois. Le résident fera partie de notre communauté en participant aux activités quotidiennes, aux tâches ménagères et aux réunions des résidents.

## PARTIE I - Information personnelles

Maison Principal  Maison John  Maison Anne  Maison Seymour

### Candidat

Prenom :

Date de naissance :

Nom :

AAAA/MM/JJ

Langues parlées :

Téléphone mobile :

Courriel :

### Adresse actuelle

Ville :

Province :

Code Postale :

Depuis combien de temps vivez-vous à Montréal?

Raison pour laquelle vous avez quitté le logement précédent?

### Citoyenneté

Êtes-vous citoyen canadien?

Oui  Non

Êtes-vous un résident permanent?

Oui  Non

Si vous n'êtes pas citoyen canadien ou résident permanent, indiquez votre statut actuel :

### Emploi

Employé à temps partiel

Sans-emploi

Programme de travail

Bénévolat

Étudiant

Avez-vous suivi ou achevé un programme d'action PAS/de pré-emploi?

Oui  Non

Si oui, quand et où?

## Situation Financière

---

Revenu mensuel :

Revenu annuel :

Source de revenus :

Comment budgetez-vous votre argent?

Avez-vous des dettes?

## Logement

---

Cherchez-vous un logement à long terme?

Oui

Non

Pour quelle date avez-vous besoin d'un logement?

Pour combien de temps avez-vous besoin d'un logement?

## Statut Juridique

---

Avez-vous une date de procès en cours?

Oui

Non

Avez-vous un casier judiciaire actif?

Oui

Non

Si oui, veuillez expliquer :

## Antécédents Médicaux

---

(veuillez joindre une liste de vos médicaments)

Êtes-vous actuellement traité pour une affection médicale?

Oui

Non

Diagnostic clinique de santé mentale :

Début de la maladie mentale :

Dernières hospitalisations :

Raisons des hospitalisations :

Antécédents d'idées suicidaires :

Traitement pour un problème de santé physique :

Prenez-vous des médicaments?

Oui

Non

Comment vos médicaments sont-ils surveillés?

Prenez-vous des médicaments non-prescrits?

Oui

Non

## **Veillez indiquer si vous avez l'une des limitations de santé suivantes —**

Addictions     Diabète     Fibromyalgie     Problèmes mémoire     Autre

**Mobilité totale :**     Oui     Non

**Avez-vous besoin d'un accompagnement?**

**Transport adapté?**

**Aides ambulatoires?**

## **PARTIE II – Activités de la vie quotidienne**

### **Entretien de l'hygiène**

**Besoin de rappels pour :**     La lessive     L'hygiène personnel     L'entretien de la chambre

**Autre :**

**Fumeur :**     Fumeur     Non-fumeur

**Acceptez-vous de fumer et de vaper en dehors de votre logement?**

*\*La Communauté Hadley n'autorise que les cigarettes délivrées par le gouvernement*

**Les habitudes de sommeil :**

**Avez-vous des difficultés à dormir?**

**Si vous vous levez pendant la nuit, quel est votre comportement habituel?**

### **Fournisseurs de soins de santé et services de soutien personnels**

**Hôpital :**

**Téléphone :**

**Psychiatre :**

**Téléphone :**

**Curateur publique :**

**Téléphone :**

**Autre :**

**Téléphone :**

**Autre :**

**Téléphone :**

## PARTIE III – Références et attestation

### Références

---

Chaque candidat doit avoir deux personnes de référence qui peuvent attester des informations fournies par le candidat. Les référents doivent connaître le client depuis plus de trois mois, avoir une bonne compréhension de ses capacités et être en mesure de recommander que le candidat fasse partie de la communauté de Hadley. Ces personnes seront contactées par le comité de sélection pour obtenir de plus amples informations.

**Cette section de la demande doit être considérée comme une autorisation de communiquer.**

**Nom de l'organisation et travailleur :**

**Téléphone :**

**Nom de l'organisation et travailleur :**

**Téléphone :**

**Nom de l'organisation et travailleur :**

**Téléphone :**

### Personne à contacter en cas d'urgence

---

**Prénom :**

**Nom :**

**Rélation :**

**Téléphone :**

**J'accepte les attentes de la Communauté de Hadley et les informations ci-dessus sont correctes,**

---

**Signature**

**Date**

**Commentaires supplémentaires :**

**Toutes les demandes pour les programmes de logement de la Communauté Hadley peuvent être envoyées à l'adresse suivante :**

**Adresse:** 1197 Seymour, Montréal QC H3H 2A4

**Courriel:** [managerclientservices@hadleycommunity.ca](mailto:managerclientservices@hadleycommunity.ca)

**Tél:** 514-933-6916 x.218 **Fax:** 514-819-9957

