



## INFORMATION SUR LA DEMANDE

Date de la demande (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DE LA DEMANDEUSE

PRÉNOM \_\_\_\_\_ DEUXIÈME PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

SURNOMS/PSEUDONYMES \_\_\_\_\_

Où habitez-vous présentement? : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone actuels : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDEUSE

Date de naissance (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Genre :  Femme  Transgenre

Je m'identifie en tant que :  Gay  Lesbienne  Bisexuelle  Bispirituelle  En questionnement  Autre

## RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

Photo d'identification :  Oui  Non

Utilisez-vous une aide à la mobilité? :  Fauteuil roulant  Canne  Marchette  Scooter

Utilisez-vous une aide visuelle? :  Chien guide pour les personnes aveugles  Canne blanche

Avez-vous d'autres handicaps? (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres soutiens ou aides autres que les médicaments (veuillez préciser)? : \_\_\_\_\_

## BESOINS À L'ÉGARD DU PROGRAMME

Comment avez-vous entendu parler de ce programme?

Ami.e  Famille  Agence  En ligne  Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Pourquoi faites-vous une demande de logement avec services de soutien en ce moment? :

Sortie de détention  Dans un refuge  En rétablissement de dépendance  Autre raison (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_  
 Difficultés de santé mentale  Sans-abri  Rupture familiale \_\_\_\_\_  
 Évincement  Fin d'un traitement  Fugue \_\_\_\_\_

Veuillez nommer trois besoins immédiats :

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

---

## PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES

---

Nommez les programmes communautaires que vous utilisez avec le nom et les informations d'une personne-ressource :

---

---

---

---

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

Statut au Canada :  Citoyenne  Réfugiée  Visa étudiant  Résidente permanente

Sources actuelles de revenus : \_\_\_\_\_

Êtes-vous :  Employée à temps partiel  Employée à temps plein  Étudiante à temps partiel  Étudiante à temps plein  
 Retraitée  Travailleuse autonome  Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

À quelle culture/ethnie vous identifiez-vous? \_\_\_\_\_

Quelle langue préférez-vous utiliser? \_\_\_\_\_

Vous identifiez-vous comme appartenant à une minorité visible?  Oui  Non Êtes-vous une personne autochtone?  Oui  Non

Sur quels objectifs aimeriez-vous travailler durant votre séjour dans le programme TRY?

---

---

---

---

## ANTÉCÉDENTS DE LOGEMENT

---

Où avez-vous vécu dans le passé? (cochez toutes les réponses pertinentes) :

Famille  Appartement partagé  Logement subventionné  
 Refuge pour femmes  Maison de chambres  Refuge  
 Foyer de groupe  Mon propre appartement  Autre réponse (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

## ANTÉCÉDENTS DE LOCATION

---

Dernière adresse ou adresse actuelle et propriétaire :

\_\_\_\_\_  
ADRESSE VILLE PROVINCE

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_ Téléphone du propriétaire : \_\_\_\_\_

Durée du séjour : \_\_\_\_\_

Raison.s du départ : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, comprends que je fais une demande à un programme de logement avec services de soutien qui m'aidera à acquérir les compétences et le soutien dont j'ai besoin pour vivre de façon autonome. Je consens à ce que le Programme de logement avec services de soutien YMCA-YWCA TRY communique avec les personnes concernées à des fins de vérification des références et de coordination de la gestion de cas en cours. Je comprends qu'une condition de mon acceptation dans le programme sera mon accord pour suivre toutes les conditions du plan individuel d'objectifs établi avec moi en fonction de mes besoins et de mes objectifs. Je comprends également que ce programme de logement est transitoire et qu'il n'est pas soumis aux dispositions de la Loi de 2006 sur la location à usage d'habitation.

---

SIGNATURE DE LA DEMANDEUSE

TÉMOIN

DATE (JJ/MM/AA)