

Formulaire de demande de logement supervisé TRY

Téléphone : 613-237-1320 x 5055 | Télécopieur : 613-788-5095

Courriel : try.program@ymcaottawa.ca | 180, avenue Argyle, Ottawa, ON K2P 1B7 | ymcaottawa.ca

Le Programme de Soutien au Logement TRY s'adresse aux adultes célibataires de 18 ans et plus en situation d'itinérance ou à risque de l'être, et qui ont besoin d'un accompagnement vers un logement permanent. Les participant.e.s TRY sont hébergé.e.s dans des chambres individuelles au sein d'un milieu de vie collectif et bénéficient d'un accompagnement dans le cadre d'un programme structuré, incluant un suivi régulier par un.e gestionnaire de cas attribué.e. Il s'agit d'un programme transitoire favorisant l'autonomie, tout en offrant un encadrement adapté.

Le programme de soutien au logement TRY n'est pas associé au Registre du logement

DATE DE LA DEMANDE (JOUR/MOIS/ANNÉE)

IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PRÉNOM

DEUXIÈME PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

ALIAS

DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE)

AGE

SEXE : ☐ FEMME ☐ HOMME ☐ TRANSGENRE

JE M'IDENTIFIE COMME :

☐ HÉTÉROSEXUEL.LE ☐ BISPIRITUEL.LE ☐ LESBIENNE ☐ GAY ☐ BISEXUEL.LE ☐ QUEER ☐ INTERSEXE
☐ EN QUESTIONNEMENT ☐ AUTRE

SITUATION ACTUELLE DE LOGEMENT (Cochez tout ce qui est applicable) :

☐ ITINÉRANCE ☐ FUGUE ☐ CHEZ DES PROCHES ☐ HÉBERGEMENT TEMPORAIRE
☐ LOGEMENT INSTABLE ☐ REFUGE ☐ CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES ☐ CENTRE DE DÉTENTION
☐ CENTRE HOSPITALIER ☐ AUTRE:

DEPUIS QUAND CETTE SITUATION EST-ELLE EN COURS?

ADRESSE (si applicable) :

NUMÉRO DE TELEPHONE :

ADRESSE COURRIEL :

LANGUE(S) PARLÉE(S) :

LANGUE PRINCIPALE :

LANGUE PRÉFÉRÉE :

AVEZ-VOUS BESOIN DE SERVICES D'INTERPRÈTE OU DE TRADUCTION? ☐ OUI ☐ NON

STATUT ACTUEL AU CANADA :

☐ CITOYEN.NE

☐ RÉFUGIÉ.E

☐ PERMIS DE TRAVAIL

☐ PERMIS D'ÉTUDE

☐ PERSONNE PROTÉGÉE

☐ DEMANDEUR.EUSE D'ASILE

☐ RÉSIDENT.E PERMANENT.E

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE AUTOCHTONE? ☐ OUI ☐ NON

PAYS DE NAISSANCE :

☐ CANADA

☐ AUTRE:

SI AUTRE, QUELLE EST VOTRE DATE D'ARRIVÉE AU CANADA? (JOUR/MOIS/ANNÉE):

UTILISEZ-VOUS UNE AIDE À LA MOBILITÉ? ☐ FAUTEUIL ROULANT ☐ CANNE ☐ MARCHETTE ☐ SCOOTER

UTILISEZ-VOUS UN DISPOSITIF D'AIDE À LA VUE?

☐ CHIEN GUIDE

☐ CANNE BLANCHE

☐ AUTRE:

AVEZ-VOUS D'AUTRES LIMITATIONS PHYSIQUES? (Précisez) :

UTILISEZ-VOUS D'AUTRES SOUTIENS (AUTRES QUE LA MÉDICATION) POUR VOUS AIDER? (Précisez) :

SOURCE DE RÉFÉRENCE

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU PROGRAMME DE SOUTIEN AU LOGEMENT TRY?

☐ ORGANISME ☐ AMI.E ☐ AGENCE ☐ EN LIGNE ☐ AUTRE: _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ SÉJOURNÉ AU YMCA?

☐ NON ☐ OUI SI OUI, QUAND? _____

MOTIF DE LA DEMANDE

QUELLES SONT LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ INTÉGRER LE PROGRAMME DE SOUTIEN AU LOGEMENT TRY?

OUTRE LE LOGEMENT, QUELS SONT VOS BESOINS IMMÉDIATS? (Cochez tout ce qui est applicable) :

☐ LOGEMENT STABLE ☐ SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ☐ ENCADREMENT DANS LES HABITUDES DE VIE
☐ SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE ☐ SOUTIEN À L'AUTONOMIE ☐ SOUTIEN À L'EMPLOI / À L'ÉDUCATION
☐ AUTRE: _____

SITUATION ACTUELLE

SOURCE DE REVENU ACTUELLE (Cochez tout ce qui est applicable) :

☐ ONTARIO AU TRAVAIL (OT) ☐ POSPH / ODSP ☐ EMPLOI SUR APPEL / OCCASIONNEL ☐ AUCUNE SOURCE DE REVENU
☐ EMPLOI À TEMP PARTIEL - HEURES PAR SEMAINE: _____
☐ EMPLOI À TEMP PLEIN - HEURES PAR SEMAINE: _____
☐ AUTRE: _____

CE PROGRAMME COMPORTE DES FRAIS MENSUELS DE 390\$. ÊTES-VOUS EN MESURE D'ASSUMER CES FRAIS? ☐ OUI ☐ NON

ÊTES-VOUS :

- ☐ ÉTUDIANT.E À TEMPS PARTIEL ☐ ÉTUDIANT.E À TEMPS PLEIN ☐ PERSONNE RETRAITÉE ☐ TRAVAILLEUR·EUSE AUTONOME
- ☐ AUTRE:

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SUIVI.E PAR UN PROFESSIONNEL OU UNE ÉQUIPE DE SOUTIEN? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:

FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN ET AUTONOMIE

VEUILLEZ INDIQUER LES DOMAINES REPRÉSENTANT POUR VOUS UN DÉFI (Cochez tout ce qui est applicable) :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ HYGIÈNE PERSONNELLE | ☐ ENTRETIEN MÉNAGER | ☐ MILIEU DE VIE COLLECTIF
(PARTAGER DES ESPACES COMMUNS) |
| ☐ GESTION DES RENDEZ-VOUS | ☐ GESTION DU BUDGET | ☐ GESTION DU TEMPS |
| ☐ ALIMENTATION /
PRÉPARATION DES REPAS | ☐ RELATIONS INTERPERSONNELLES | ☐ RESPECT DES RÈGLES DU PROGRAMME |
| ☐ CONSOMMATION | ☐ GESTION DU STRESS / DES ÉMOTIONS | |
| ☐ AUTRE: <input type="text"/> | | |

COMMENTAIRES ADDITIONNELS:

PERSONAL GOALS

QUELS SONT LES OBJECTIFS QUE VOUS AIMERIEZ ATTEINDRE PENDANT VOTRE SÉJOUR AU PROGRAMME DE SOUTIEN AU LOGEMENT TRY?

CONSENTEMENT

Je, _____ consens à ce que ce formulaire de demande d'admission soumise soit reçu, examiné et évalué par l'équipe du Programme de Soutien au Logement TRY aux fins de déterminer mon admissibilité. Je consens également à ce que le programme recueille, utilise et, au besoin, communique des renseignements pertinents auprès des intervenants ou organismes concernés aux fins de vérification des références, d'évaluation de la demande et de coordination. Je reconnais que ce formulaire constitue uniquement une demande et ne garantit pas mon admission au programme. Si ma demande est retenue, un membre du personnel TRY communiquera avec moi dans les meilleurs délais. Je comprends également que je fais une demande d'admission à un programme de logement semi-indépendant et transitoire offrant des services de soutien visant le développement des compétences nécessaires à l'accès et au maintien d'un logement autonome, et qu'il n'est pas soumis aux dispositions de la Loi de 2006 sur la location à usage d'habitation en Ontario (LLUH). Advenant mon admission, je m'engage à respecter l'ensemble des règles, politiques et procédures du programme ainsi que le plan d'intervention individualisé qui sera établi en fonction de mes besoins et objectifs. Je déclare que les renseignements fournis sont exacts, complets et véridiques au meilleur de mes connaissances.

CE FORMULAIRE A-T-IL ÉTÉ REMPLI PAR VOUS-MÊME?

☐ OUI ☐ NON

SI NON, PRÉCISEZ:

SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE:

DATE (JOUR/MOIS/ANNÉE)