

Le Centre d'enregistrement des logements sociaux d'Ottawa



Information supplémentaire aux fins d'évaluation – Maison des vétérans, Initiative multiconfessionnelle sur l'habitation

Veillez répondre à ces questions le plus complètement possible et retourner à:
**Le Centre d'enregistrement, 2197, promenade Riverside, 5ième étage,
Ottawa, Ontario K1H 1A9**

Nous apprécions le temps que vous prenez pour répondre aux questions suivantes car ceci permettra à l'Initiative multiconfessionnelle sur l'habitation d'évaluer votre situation de vie et de logement afin de faire une évaluation préliminaire de votre admissibilité au logement avec soutien à la Maison des vétérans.

Partie A: Information générale

Nom: _____ Date de naissance: _____

1. Recevez-vous des services de soutien d'une agence des Services communautaires en santé mentale (MHCSS en anglais) ou d'une Équipe communautaire de traitement dynamique (ACTT en anglais)?

- Si OUI, svp indiquer de quel organisme parmi les suivants et donner des renseignements sur votre agent de soutien.
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)
 - Montfort Renaissance
 - Centre de santé communautaire Somerset Ouest
 - Centre de santé communautaire Sandy Hill (Côte de sable)
 - Équipe communautaire de traitement dynamique

Nom de votre agent de soutien: _____

Numéro de contact: _____

Si NON, avez vous fait application auprès de ces services (MHCSS or ACTT) services?

- Oui
 Non

2. Recevez-vous des services de soutien ou de gestion de cas du ministère Anciens combattants Canada?

Oui

Nom de l'agent de soutien: _____

Numéro de contact: _____

Non

3. Avez-vous un médecin?

- Oui
- Non

Si Oui, s'agit-il d'un:

- Médecin de famille
- Psychiatre

4. Prenez vous des médicaments d'ordonnance?

- Oui
- Non

Si Oui, avez-vous besoin d'aide pour gérer vos médicaments?

- Oui
- Non

5. Avez-vous déjà été expulsé d'un logement au cours des trois dernières années?

- Oui
- Non

Si Oui, svp expliquer:

6. Quelle est votre adresse présentement?

7. Avez vous de l'aide de la Légion royale canadienne?

- Oui
- Non

Si Oui, de quelle(s) Filiale(s):

8. Avez-vous des addictions?

- Oui
- Non

Si Oui, à quoi êtes-vous addicté? _____

9. Avez-vous des problèmes avec l'accumulation excessive de biens?

- Oui
- Non

10. Comment évalueriez-vous vos habiletés par rapport aux tâches suivantes:

	Aucune	Pauvre	De base	Pas pire	Bonne
Habiletés de nettoyage					
Habiletés de cuisson (repas)					
Habiletés pour la lessive					