



La Corporation Félix Hubert d'Hérelle
3742, rue Saint-Hubert
Montréal, QC H2L 4A2

Tél. : 514-844-4874 Télécopieur : 514-842-2991 www.maisondherelle.org Courriel : info@maisondherelle.org

Annexe à la demande de location d'un studio avec soutien communautaire à la Corporation Félix Hubert d'Hérelle

PROVENANCE DU DEMANDEUR

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logement locatif privé | <input type="checkbox"/> Ressource d'hébergement communautaire VIH | <input type="checkbox"/> Établissement carcéral |
| <input type="checkbox"/> Milieu familial | <input type="checkbox"/> Institut de soins physiques | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chambre et pension | <input type="checkbox"/> Institut de soins psychologiques | |

Possédez-vous une carte d'assurance-maladie ? : Oui Non

Si oui, quel est le numéro ? : _____ Date d'expiration : _____

Possédez-vous une carte d'assurance-sociale ? : Oui Non

Si oui, quel est le numéro ? : _____

Genre :

- masculin féminin transgenre transsexuel(le)

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> loyer trop cher | <input type="checkbox"/> mauvais état de santé |
| <input type="checkbox"/> difficulté d'accès | <input type="checkbox"/> incapacité à entretenir le logement |
| <input type="checkbox"/> expulsion du logement | <input type="checkbox"/> problème d'environnement et de voisinage |
| <input type="checkbox"/> recherche de sécurité et de support | <input type="checkbox"/> solitude, ennui, éloignement des services VIH |
| <input type="checkbox"/> logement trop petit ou trop grand | <input type="checkbox"/> raisons médicales reliées à la condition du logement |
| <input type="checkbox"/> autres, lesquelles ? | |

CAPACITÉ DU REQUÉRANT

	AUTONOME	SEMI-AUTONOME	DEPENDANT
Entretien ménager, lessive et épicerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever et transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La Corporation Félix Hubert d'Hérelle
3742, rue Saint-Hubert
Montréal, QC H2L 4A2

Devez-vous vous déplacer, de façon permanente, en fauteuil roulant ? oui non

Souffrez-vous d'un handicap moteur autre que celui relié à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant ? oui non

Si oui, le(s)quel(s) ? _____

Avez-vous des besoins que vous considérez particuliers ? Si oui, le(s)quel(s) ?

Disposez-vous d'un réseau d'entraide ? oui non
Si oui : parents
 amis
 organismes, spécifiez _____

ÉTAT DE SANTE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE – Précisions diagnostiques

Année du diagnostic de séropositivité : _____
Date du dernier test de charge virale : _____ Résultat : _____
Date du dernier test des CD-4 : _____ Résultat : _____
Date du dernier rendez-vous médical : _____
Prise d'antirétroviraux (ARV) : oui non
Avez-vous des allergies ? : _____

En quelques mots, décrivez le portrait passé et actuel de l'état de santé physique et de l'évolution de votre infection au VIH ou autres troubles associés :

En quelques mots, décrivez le portrait passé et actuel de votre état de santé psychologique (exemples : dépression, perte de mémoire, désorientation, troubles de santé mentale, etc) :

