

Programme d'aide aux locataires Formulaire d'aiguillage

Référé par :

Date d'aiguillage _____

Nom du fournisseur de logements sociaux _____
Nom du membre du personnel _____
Poste _____
Coordonnées de l'employé _____ Courriel _____
Téléphone _____
Adresse du fournisseur de logement social _____

Locataire(s)
Référé(s)

Nom(s)	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Genre M/ F/Autre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Adresse _____
Téléphone _____
Courriel _____
Langue principale utilisée à la maison _____
Langue préférée pour les services _____

Raison de
Renvoi

(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Revendication des droits | <input type="checkbox"/> | Problèmes de santé mentale |
| <input type="checkbox"/> | Évaluation en vue d'un soutien | <input type="checkbox"/> | Hygiène personnelle |
| <input type="checkbox"/> | Assistance pour remplir les formulaires | <input type="checkbox"/> | Problèmes de ravageurs |
| <input type="checkbox"/> | Problèmes de drogue ou d'alcool | <input type="checkbox"/> | Préoccupations liées à la sécurité et les abus |
| <input type="checkbox"/> | Soutien aux soins de santé | <input type="checkbox"/> | Participation sociale |
| <input type="checkbox"/> | Accumulation compulsive | <input type="checkbox"/> | Soutien aux activités de la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> | Alphabétisation et traduction | <input type="checkbox"/> | Plaintes de locataires |
| <input type="checkbox"/> | Autre (décrivez) _____ | | |

Autres agences
concernées :

Autres
renseignements
importants

Expliquez

Problèmes d'accessibilité _____
Préoccupation en matière de sécurité
pour le préposé ou le locataire _____

Consentement

Je/Nous _____
(imprimez le nom complet de la ou des personne(s) ou représentant autorisé ou du subrogé)
consent à ce que le fournisseur de logements sociaux susmentionné divulgue les
renseignements personnels contenus dans le présent formulaire au Centre Lutheran
Community Care de Thunder Bay, aux fins d'un renvoi au Programme de soutien aux
locataires de logements sociaux.

Je/Nous _____
(Imprimez le nom complet de la [des] personne(s) ou représentant(s) autorisé(s)/décideur(s) suppléant(s))
consent à ce que le Centre Lutheran Community Care de Thunder Bay recueille et utilise les
renseignements contenus dans ce présent formulaire pour communiquer avec moi et établir
une relation de soutien dont nous convenons.

**Je comprends la raison pour laquelle le fournisseur de logements sociaux divulgue mes informations
personnelles au centre Lutheran Community Care.**

Je comprends le but de la collecte et de l'utilisation de mes informations personnelles par le Centre Lutheran Community Care.

Je comprends que je peux refuser de signer ce consentement et que le fait de ne pas signer empêche le renvoi d'aller de l'avant.

_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin