

## Programme d'aide aux locataires Formulaire d'autoaiguillage du locataire

Date de renvoi \_\_\_\_\_

Locataire(s)  
qui demande  
le service

Nom(s)

Date de naissance  
AAAA/MM/JJ

Genre  
H/ F/Autre

Adresse

Téléphone

Courriel

Langue principale utilisée à la maison

Langue préférée pour les services

Nom de mon/notre fournisseur/  
locateur de logements sociaux

Raison de  
Renvoi

(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

  
  
  
  
  
  
  
  

Revendication des droits

Évaluation en vue d'un soutien

Aide pour remplir les formulaires

Problèmes de drogue ou d'alcool

Soutien aux soins de santé

Accumulation compulsive

Alphabétisation et traduction

Autre (décrivez)

  
  
  
  
  
  

Problèmes de santé mentale

Hygiène personnelle

Problèmes de ravageurs

Préoccupations liées à la sécurité et les abus

Participation sociale

Soutien aux activités de la vie quotidienne

Plaintes des locataires

Autres agences  
concernées :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres  
renseignements  
importants

Expliquer

Problèmes d'accessibilité

Préoccupations en matière de sécurité

Pour le préposé ou le locataire

Consentement

Je/Nous

(imprimer le nom complet de la ou des personnes ou du représentant autorisé ou du subrogé)  
consent à ce que le Centre Lutheran Community Care de Thunder Bay recueille et  
utilise les renseignements contenus dans ce formulaire pour me contacter et établir  
une relation de soutien dont nous convenons.

**Je comprends le but de la collecte et de l'utilisation de mes renseignements personnels.**

**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