

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Le locataire doit s'assurer que tout demandeur répond aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 14 du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique. Un de ces critères est relatif à l'autonomie. En effet, pour être admissible, le demandeur doit être en mesure d'**assurer**, de **façon autonome** ou avec **l'aide d'un soutien extérieur** ou d'**un proche aidant**, la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles. Aussi, **pour que sa demande soit évaluée, le demandeur doit fournir une description de son degré d'autonomie et toutes les attestations nécessaires d'un spécialiste* du réseau de la santé.**

Instructions pour remplir le questionnaire sur l'autonomie

À remplir uniquement si vous rencontrez ou qu'un membre de votre ménage rencontre des problèmes d'autonomie.

Renseignements sur la personne du ménage qui rencontre des problèmes d'autonomie

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Numéro de dossier : | (à remplir par l'organisme) |

Questions relatives à l'autonomie

Avez-vous un handicap ou des problèmes de santé qui font en sorte que vous êtes incapable d'assurer vos besoins essentiels? Oui Non
 Si oui, veuillez cocher les cases correspondant à votre situation.
 Sinon, il n'est pas requis de remplir ce questionnaire.

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice ► précisez : | <input type="checkbox"/> Membres supérieurs | <input type="checkbox"/> Membres inférieurs |

Autres ► précisez :

Questions relatives à l'évaluation de l'autonomie

De quelle manière faites-vous les activités suivantes?

| Santé (activité complétée) | Seul | Avec une aide partielle | Avec une aide complète |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prendre les médicaments selon les recommandations du médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se lever, s'asseoir et se coucher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appeler du secours en cas d'urgence : ambulance, service Info-Santé, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monter les marches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 à 3 marches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 étage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 étages | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| plus de 2 étages | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

| Repas (activité complétée) | Seul | Avec une aide partielle | Avec une aide complète |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Préparer les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire les courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

| Hygiène (activité complétée) | Seul | Avec une aide partielle | Avec une aide complète |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prendre un bain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aller aux toilettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'habiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire des travaux domestiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire la lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires :

* Exemples de spécialistes du réseau de la santé : ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, médecin etc.

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

| Sécurité (activité complétée) | Seul | Avec une aide partielle | Avec une aide complète |
|--|---|--|--|
| En cas d'incendie, pouvez-vous : déclencher l'alarme? vous rendre sur le balcon? sortir de l'immeuble par l'escalier? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Commentaires : | | | |
| Questions relatives au soutien | | | |
| Recevez-vous de l'aide d'un organisme pour votre maintien à domicile? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, lequel? <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Autres ► précisez : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| Recevez-vous de l'aide d'un proche aidant pour votre maintien à domicile? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, réside-t-il actuellement avec vous? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Utilisez-vous une aide technique ou médicale? | | | |
| Aide technique ou médicale | Ne s'applique pas | À l'intérieur du domicile | À l'extérieur du domicile |
| Canne, béquilles, ambulateur, marchette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fauteuil roulant manuel ou électrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Triporteur, quadriporteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lève-personne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lit médical (d'hôpital) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aide technique pour la déficience auditive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aide technique pour la déficience visuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres ► précisez : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| Avez-vous besoin d'un logement accessible/adapté? | | | |
| Veuillez prendre note que les logements adaptés appartiennent à une sous-catégorie et que leur attribution dépend de leur disponibilité. | | | |
| Indiquez si vous pouvez faire les choses suivantes. | | | |
| Accéder à l'immeuble <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Accéder au logement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Circuler sans difficulté à l'intérieur de l'immeuble <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Circuler sans difficulté à l'intérieur du logement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Utiliser l'équipement de la salle de bain sans difficulté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Utiliser sans difficulté l'équipement de la cuisine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Veuillez indiquer le nom de la personne qui a rempli ce questionnaire | | | |
| <input type="checkbox"/> Demandeur | | <input type="checkbox"/> Membre du ménage ► Veuillez préciser le lien de parenté : <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Personne qui rencontre des problèmes d'autonomie | | <input type="checkbox"/> Représentant ► Veuillez identifier le lien avec la personne faisant l'objet du présent formulaire : <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS | | | |
| Les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec ou par ses partenaires sont nécessaires pour l'application de la Loi sur la Société d'habitation du Québec, des règlements afférents et des programmes qu'elle a adoptés en vertu de ceux-ci. Ces renseignements seront traités confidentiellement. La Société d'habitation du Québec ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel autorisé ou à ses partenaires, et exceptionnellement à certains ministères ou organismes, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent également être utilisés aux fins de statistiques, d'études ou de sondages. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels vous concernant ou de les faire rectifier. Pour plus d'information, veuillez vous adresser au responsable de la protection des renseignements personnels de la Société d'habitation du Québec. | | | |
| DÉCLARATION | | | |
| Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente annexe sont véridiques et complets. Je reconnais que toute information erronée pourrait entraîner une des conséquences suivantes : le retrait de la liste d'admissibilité, le refus d'octroyer un logement à loyer modique, la modification des conditions de location ou l'éviction du logement. | | | |
| Je consens à ce que tous les renseignements personnels recueillis par la Société d'habitation du Québec dans cette annexe, et qui sont nécessaires à l'étude de ma demande, soient transmis aux partenaires de la Société d'habitation du Québec qui traiteront le dossier. | | | |
| Signature du demandeur : <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Date : <input style="width: 100%;" type="text"/> | |