

## Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

Le locateur doit s'assurer que tout demandeur répond aux critères d'admissibilité du Règlement sur l'attribution des logements à loyer abordable. 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.**

Qui remplit la demande?, svp inscrire le nom en lettre carrée			
Demandeur :			
Professionnel de la santé :			
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? Si oui, veuillez cocher les cases correspondant à votre situation. Sinon, il n'est pas requis de remplir ce questionnaire.			<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
<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	
<input type="checkbox"/> Autres ► précisez :			
Questions relatives à l'évaluation de l'autonomie			
<b>De quelle manière faites-vous les activités suivantes?</b>			
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, 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 :			
<b>Questions relatives au soutien</b>			
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
<b>Utilisez-vous une aide technique ou médicale?</b>			
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"/>			
<b>Avez-vous besoin d'un logement accessible/adapté?</b>			
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		
<b>Veuillez indiquer le nom de la personne qui a rempli ce questionnaire</b>			
<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"/>	
<b>PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</b>			
Les renseignements personnels recueillis par Toit d'Abord Habitations abordables Vaudreuil-Soulanges seront traités confidentiellement. Toit d'Abord Habitations abordables Vaudreuil-Soulanges ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel autorisé ou à ses partenaires. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels vous concernant ou de les faire rectifier.			
<b>DÉCLARATION</b>			
Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente annexe sont véridiques et complets. Je reconnais que toute information erronée pourrait <b>entraîner une des conséquences suivantes : le retrait de la liste d'admissibilité, le refus d'octroyer un logement à loyer abordable, la modification des conditions de location ou l'éviction du logement.</b>			
Je consens à ce que tous les renseignements personnels recueillis par Toit d'Abord Habitations abordables Vaudreuil-Soulanges dans cette annexe, et qui sont nécessaires à l'étude de ma demande, soient transmis aux partenaires qui traiteront le dossier.			
Signature du demandeur : <input style="width: 100%;" type="text"/>		Date : <input style="width: 100%;" type="text"/>	