



Communauté Nazareth demande hébergement

Responsabilités des résidents

Le résident rencontrera l'équipe d'intervention pour travailler ensemble sur les buts et objectifs personnels. Le résident paiera le loyer le premier jour de chaque mois. Le résident fera partie de notre communauté en participant aux activités quotidiennes, aux tâches ménagères et aux réunions de résidents.

Partie I :

_____ Maison Nazareth

_____ Maison John

_____ Maison d'Anne

Candidat :

Prénom _____ Nom : _____

Date de naissance : ____/____/____
Année Mois Date

Langues parlées : Anglais Français Autre _____

Adresse actuelle : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Depuis combien de temps vivez-vous à Montréal ? _____

Raison du départ de l'ancien logement ? _____

Êtes-vous considéré comme une personne à risque d'itinérance ? Oui _____ Non _____

Numéro de téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Citoyenneté:

Êtes-vous un citoyen canadien? Oui _____ Non _____

Êtes-vous un résident permanent? Oui _____ Non _____

Si vous n'êtes pas citoyen canadien ou résident permanent, indiquez votre statut actuel : _____

Emploi:

Employé à temps complet
 Employé à temps partiel
 Sans emploi
 Programme de travail
 Bénévolat
 Étudiant

Avez-vous suivi/complété un programme PAAS Action/Projet préparation à l'emploi ?

Oui Non

Si oui quand? _____

Situation financière:

Source de revenu:

Emploi
 Assistance sociale
 Invalidité
 Pension
 Héritage

Autre : _____

Revenu mensuel : _____ Revenu annuel : _____

Comment budgétisez-vous votre argent? _____

Avez-vous des dettes? _____

Logement:

A quelle date avez-vous besoin d'un logement ? _____

Êtes-vous vous à la recherche d'un logement à long terme ? Oui Non

Pour combien de temps avez-vous besoin d'un logement ? _____

Statut légal:

Avez-vous une date d'audience en instance? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer pourquoi: _____

Avez-vous des antécédents judiciaires actifs Oui Non

Partie II : Antécédents médicaux

Êtes-vous actuellement traité pour une condition médicale? Oui _____ Non _____

État de santé diagnostiqué : _____

Prenez-vous des médicaments ? Oui _____ Non _____

Liste des médicaments : _____

Comment votre médication est-elle surveillée ? _____

Prenez-vous des médicaments sans ordonnance? Oui _____ Non _____

Prenez-vous des suppléments à base de plantes? Oui _____ Non _____

Diagnostic clinique : _____

Début de la maladie mentale : _____

Dernières hospitalisations : _____

Motifs d'hospitalisation : _____

Antécédents d'idées suicidaires : _____

Limites de santé

Dépendance Diabète Troubles alimentaires Fibromyalgie Incontinence Mémoire

Mobilité:

Mobilité complète : Oui _____ Non _____

Avez-vous besoin?

Canne Déambulateur Fauteuil roulant Barres de salle de bain Transport Adapté

Avez-vous besoin d'un accompagnement pour les rendez-vous ? Oui _____ Non _____

Fournisseurs de soins de santé personnels et services de soutien :

Hôpital : _____ Téléphone : _____

Psychiatre : _____ Téléphone : _____

Conservateur : _____ Téléphone : _____

Autre : _____ Téléphone : _____

Partie III : Activités de la vie quotidienne

Entretien de l'hygiène

Rappels pour : la lessive l'hygiène personnelle l'entretien de la chambre

Fumeur:

Fumeur _____ Non-fumeur _____

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____

Fumez-vous à l'intérieur? Oui _____ Non _____

Fumez-vous au lit ? Oui _____ Non _____

** La communauté de Nazareth n'autorise que les cigarettes émises par le gouvernement*

Rythme de sommeil:

Avez-vous du mal à dormir? Oui _____ Non _____

A quelle heure vous couchez-vous ? _____

Combien d'heures dormez-vous? _____

Si vous êtes debout la nuit, quel est votre comportement habituel ? _____

Combien d'heures dormez-vous pendant la journée ? _____

Consommation de café : _____

Combien de cafés buvez-vous par jour ? _____

Références :

Chaque candidat doit avoir deux références qui peuvent attester que les informations fournies par le candidat sont correctes. Les références doivent connaître le client depuis plus de 3 mois et avoir une bonne compréhension de ses capacités et être en mesure de recommander que le candidat fasse partie de la communauté de Nazareth. Ces personnes seront contactées pour plus d'informations par le comité de sélection.

Cette section de la demande est considérée comme une autorisation de communiquer.

Nom : _____
Nom de l'organisation : _____
Titre/lien avec le demandeur : _____
Téléphone : _____

Nom : _____
Nom de l'organisation : _____
Titre/lien avec le demandeur : _____
Téléphone : _____

Contact d'urgence : _____ **Relation :** _____

Adresse _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

J'accepte les attentes de la communauté de Nazareth et les informations ci-dessus sont correctes,

Signature

Date de la signature

Toutes les candidatures aux programmes de logement de la communauté de Nazareth peuvent être envoyées à :

Communauté de Nazareth :

Adresse : 1197 Seymour, Montréal QC H3H 2A4

Courriel : managerclientservices@nazarethcommunity.com

Tél : 514-933-6916 poste 218

Télécopieur : 514-819-9957

Entente de logement et de soutien entre Nazareth Community Inc.

L'organisme de référence aide le candidat à préparer et à fournir les informations suivantes à l'organisme acceptante : historique du résident, antécédents médicaux et sociaux, ainsi que leur fonctionnement dans les AVQ (activités de la vie quotidienne).

Les organisations référentes et acceptantes coopèreront pour garantir que les candidats potentiels ont mis en place des services de soutien aux soins de santé (en particulier psychiatriques) pour faciliter leur transfert vers le nouveau secteur.

Les organisations référentes et acceptantes coopéreront pour s'assurer que les résidents transférés ont de l'aide et de la compagnie lors du déménagement de leurs effets personnels, si nécessaire, dans leur nouveau logement.

Pour être éligibles au transfert, les candidats potentiels ne doivent avoir aucune affaire judiciaire en cours connue ; et divulguer tout antécédent connu d'activité criminelle et/ou de casier judiciaire ; et avoir réussi à gérer toute dépendance pendant au moins 6 mois.

Si un résident est invité à quitter l'un ou l'autre des organismes, celui-ci fera ses meilleurs efforts pour accompagner le résident dans sa transition vers un nouveau milieu, sans garantir de résultat particulier.

Signature

Date de la signature

Organisme : _____

