

Demande d'aide (annexe)

Numéro de dossier

P-

(à remplir lorsqu'il y a plus d'une personne admissible pour un même domicile)

Renseignements sur la personne admissible			
Nom	Prénom	Ind. rég.	N° de téléphone
Adresse de la personne admissible (si elle diffère de celle du domicile à adapter)		Habite-t-elle avec une autre personne admissible?	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du représentant de la personne admissible, s'il y a lieu		Ind. rég.	N° de téléphone

Aide financière	Montant	Dossier révisé
Aide de 16 000 \$ par personne admissible	\$	\$
Aide additionnelle de 7 000 \$ par personne admissible (indiquer le critère d'admissibilité)		
Critère 1 Revenu du ménage égal ou inférieur au NR <input type="checkbox"/>		
Critère 2 Évolution de la situation de la personne admissible (même domicile entre un et cinq ans) <input type="checkbox"/>		
Critère 3 Agrandissement du domicile <input type="checkbox"/>		
Critère 4 Nécessité d'installer trois équipements spécialisés (un seul ouvre-porte est considéré) <input type="checkbox"/>		
..	+ \$	+ \$
Aide supplémentaire de 10 000 \$ pour les équipements spécialisés par personne admissible (Le revenu du ménage est égal ou inférieur au NRA et il y a nécessité d'installer un appareil élévateur ou un lève-personne sur rail)	+ \$	+ \$
Aide financière déjà reçue de la Société d'habitation du Québec au cours des cinq dernières années pour des travaux d'adaptation au même domicile	- () \$	- () \$
Aide financière maximale	= \$	= \$
Coût reconnu des travaux admissibles (case 4, <i>Devis sommaire</i>)	\$	\$

AIDE FINANCIÈRE RECONNUE (Le moindre entre l'aide financière maximale et le coût reconnu des travaux admissibles)	\$	\$
---	----	----

AVIS

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, de ses règlements afférents et des programmes adoptés en vertu de ceux-ci. Ces renseignements seront traités confidentiellement. Toute omission de les fournir peut entraîner un refus de l'aide financière demandée. 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 à 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 à la Secrétaire de la Société d'habitation du Québec.

Article 36 du Programme d'adaptation de domicile

La personne qui a fait une fausse déclaration ayant eu pour effet direct ou indirect le versement par la Société d'une aide financière, à laquelle le propriétaire ou la personne admissible n'avait pas droit, doit rembourser le montant de cette aide financière à la Société. Au sens du présent article, constitue une fausse déclaration toute déclaration ou tout renseignement erronés, ainsi que toute information manifestement incomplète.

Déclaration de la personne admissible ou de son représentant

Je déclare que le domicile faisant l'objet des travaux d'adaptation est ou sera ma résidence principale et que je ne bénéficie d'aucune autre aide financière de la part d'un organisme gouvernemental ou d'une compagnie d'assurance pour l'exécution des travaux d'adaptation admissibles pour mon domicile. Je confirme avoir pris connaissance de l'avis relatif à la protection des renseignements personnels ainsi que de l'article 36 du Programme d'adaptation de domicile dont le texte est reproduit dans le présent formulaire. Je consens à ce que tous les renseignements personnels me concernant dans ce dossier, et qui sont nécessaires à la mise en œuvre et à l'application du Programme, fassent l'objet d'échanges entre le partenaire qui administre ce programme, la Société d'habitation du Québec, le réseau de la Santé et des Services sociaux et tout autre organisme gouvernemental concerné.

Signature de la personne admissible ou de son représentant	Date	Année	Mois	Jour
---	-------------	-------	------	------