



Informations sur l'organisme Le Pas de Deux	
<u>MISSION de l'organisme</u> <ul style="list-style-type: none">• Fournir des logements décents à prix modique et des installations connexes à des personnes à revenu faible ou moyen, ayant une déficience intellectuelle légère ou moyenne, un trouble du spectre de l'autisme et pouvant vivre avec une déficience physique concomitante, résidant dans la région de Lanaudière ;• Fournir les services adaptés aux besoins des résidents de manière à compenser leurs incapacités intellectuelles, à répondre à leur quête d'autonomie et de liberté et à se réaliser comme citoyen actif et intégré ;• Offrir un milieu de vie normalisant qui favorise le développement des habiletés et des compétences nécessaires à la vie en logement autonome ;	
Identification du demandeur	
Nom complet	Date de naissance
Adresse complète	Téléphone
	Courriel
Autres renseignements	
Revenu brut : Moins de 35 000\$/an <input type="checkbox"/> Plus de 35 000\$/an <input type="checkbox"/>	
<u>Source du revenu :</u> <input type="checkbox"/> Solidarité sociale <input type="checkbox"/> Emploi, préciser titre et heures travaillées par semaine : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) (spécifier) : _____) _____	
Renseignements sur le représentant légal , s'il y a lieu, ou sur le répondant (<i>un proche qui connaît la personne et qui peut nous la décrire ainsi que ses forces et ses besoins</i>)	
Nom complet	Courriel
Adresse complète	Téléphone
	Autre téléphone (s'il y a lieu)



Renseignements sur l'état de santé du demandeur (*diagnostics*)

Déficience intellectuelle Oui___ Non___ Date du diagnostic : _____

- Précisions (légère, moyenne ou sévère) : _____

Trouble du spectre de l'autisme Oui___ Non___ Date du diagnostic : _____

- Précisions : _____

Problème(s) de santé physique Oui___ Non___ Date du diagnostic : _____

- Précisions : _____

Autres besoins particuliers :

Suivi psychosocial

J'ai un suivi au CISSS de Lanaudière Oui Non

Si oui, indiquer la date de début du suivi : _____

J'autorise que Le Pas de deux ait accès aux éléments suivants de mon dossier du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière :

- Mon plan d'intervention
- Mon Outil de cheminement clinique informatisé
- Tout autre document pertinent à l'évaluation de ma demande. Oui Non

Signature du demandeur : _____ Date : _____

Autonomie

Préciser l'assistance nécessaire pour les points suivants :

- Prendre soin de mon hygiène personnelle (me laver, me brosser les dents, etc.)

- Nettoyer ma chambre



- Faire les courses

- M'habiller

- Gérer mon argent

- Faire à manger

Attestation et autorisation du demandeur

J'ai pris connaissance des informations concernant le projet. **Je reconnais que cette demande ne constitue pas un engagement de la part du Pas de deux à me fournir un logement.** Je déclare que tous les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont véridiques et complets.

J'autorise l'organisme à faire toutes les vérifications qu'il juge opportunes. Je reconnais que l'organisme pourra me demander des documents supplémentaires si ma demande est jugée admissible. Il est entendu que tous les renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l'organisme dans le cadre de ce projet. Je reconnais que toute information **erronée ou incomplète** pourra entraîner le retrait de la liste d'admissibilité du projet.

Signature du demandeur

Jour

Mois

Année

Signature du représentant légal

Jour

Mois

Année

Veuillez svp retourner ce formulaire dûment complété par courriel : liste@lepasdedeux.org

IMPORTANT Assurez-vous de nous tenir informer de tout changement à vos coordonnées. Chaque année, nous vous enverrons un courriel pour vous demander si vous désirez toujours rester sur notre liste d'attente. Si nous ne recevons pas de confirmation dans les 30 jours, votre demande sera automatiquement retirée de la liste d'attente.

Toute communication concernant la liste d'attente doit nous être acheminée par courriel seulement.

Nous sommes actuellement complets et il y a une longue liste d'attente.