

Renseignements sur le logement

Avis de déménagement

Nom et adresse du prestataire ou du participant

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de dossier	
Bureau de Services Québec	
Nom de l'agent	
Téléphone	Poste

Veillez fournir les renseignements sur

- le logement que vous habitez présentement.  
 le logement que vous occuperez après votre déménagement.

Si vous êtes  chambreur ou pensionnaire, remplissez les sections 1, 4, 5 et 6.

propriétaire ou locataire, remplissez les sections 2, 3, 4, 5 et 6.

dans une autre situation, remplissez les sections 1, 4, 5 et 6 et précisez la situation : \_\_\_\_\_

**Si vous participez au Programme objectif emploi, ne répondez pas aux questions suivies d'un astérisque (\*).**

## 1 Chambreur ou pensionnaire

- Vous êtes  en chambre.  en pension (chambre et repas). **Nom de famille et prénom du locateur** (personne qui loue la chambre) Téléphone Poste
- Avez-vous un lien de parenté avec le locateur (personne qui loue la chambre)?  Oui  Non Si oui, précisez le lien de parenté : \_\_\_\_\_
- Avez-vous un lien de parenté avec d'autres chambreurs ou pensionnaires?\*  Oui  Non Si oui, précisez le lien de parenté : \_\_\_\_\_
- Vivez-vous avec un conjoint?  Oui  Non Si oui, inscrivez son nom de famille et son prénom : \_\_\_\_\_  
et la date de début de cohabitation : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour
- Coût de location : \_\_\_\_\_ \$  par mois  par semaine Coût de l'électricité inclus  Oui  Non Coût du chauffage inclus  Oui  Non
- Recevez-vous un montant de Revenu Québec chaque mois dans le cadre du programme Allocation-logement?\*  Oui  Non Si oui, indiquez le montant : \_\_\_\_\_ \$
- Dans votre chambre à cette adresse, est-ce que d'autres personnes habitent avec vous (sauf un conjoint ou un enfant à charge, s'il y a lieu)?  Oui  Non  
Si oui, inscrivez : Nom de famille et prénom des personnes Lien de parenté avec vous\*

## 2 Propriétaire ou locataire

- Vous êtes  propriétaire  locataire  locataire d'un logement subventionné (y compris un logement dans un HLM ou une coopérative d'habitation).
- Vivez-vous avec un conjoint?  Oui  Non Si oui, inscrivez son nom de famille et son prénom : \_\_\_\_\_  
et la date de début de cohabitation : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour
- Recevez-vous un montant de Revenu Québec chaque mois dans le cadre du programme Allocation-logement?\*  Oui  Non Si oui, indiquez le montant : \_\_\_\_\_ \$
- Si vous êtes propriétaire, inscrivez le coût de votre hypothèque : \_\_\_\_\_ \$ par mois des taxes municipales : \_\_\_\_\_ \$ par année  
des taxes scolaires : \_\_\_\_\_ \$ par année de l'assurance incendie : \_\_\_\_\_ \$ par année
- Si vous êtes locataire, inscrivez le coût de location du logement \_\_\_\_\_ \$ par mois Coût de l'électricité inclus  Oui  Non Coût du chauffage inclus  Oui  Non
- Si vous êtes locataire, inscrivez le nom de famille, le prénom et le numéro de téléphone du propriétaire ou du locateur (personne qui loue le logement) :  
\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_
- À cette adresse, à titre de copropriétaires ou de colocataires, est-ce que d'autres personnes habitent avec vous?  Oui  Non  
Si oui, inscrivez : Nom de famille et prénom des personnes Lien de parenté avec vous\*

### 3 Revenu de chambre et pension et soins prodigués

- Offrez-vous des chambres en location?  Oui  Non Si **oui**, inscrivez le nombre de chambres offertes en location :  et le nombre de chambres louées :

Inscrivez les renseignements demandés sur chacune des chambres :

	Nombre de personnes dans la chambre	Nom de famille et prénom des personnes dans la chambre	Ces personnes sont-elles en chambre ou en pension?	Coût de location
1 <sup>re</sup> chambre			<input type="checkbox"/> en chambre <input type="checkbox"/> en pension	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois
2 <sup>e</sup> chambre			<input type="checkbox"/> en chambre <input type="checkbox"/> en pension	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois
3 <sup>e</sup> chambre			<input type="checkbox"/> en chambre <input type="checkbox"/> en pension	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois

	Lien de parenté avec vous*	Lien de parenté entre les personnes dans la chambre*	Lien de parenté avec les personnes d'une autre chambre*
1 <sup>re</sup> chambre			
2 <sup>e</sup> chambre			
3 <sup>e</sup> chambre			

*Note : Utilisez une autre feuille pour inscrire des renseignements sur des chambres ou des personnes supplémentaires.*

- Est-ce que vous ou un membre de votre famille donnez des soins constants, requis pour des raisons de santé, à une personne occupant une de ces chambres?\*

Oui  Non Si **oui**, inscrivez le nom de famille et le prénom de la personne donnant les soins :   
et le nom de famille et le prénom de la personne recevant les soins :

- Est-ce que vous ou un membre de votre famille recevez des soins constants, requis pour des raisons de santé, d'une personne occupant une de ces chambres?\*

Oui  Non Si **oui**, inscrivez le nom de famille et le prénom de la personne recevant les soins :   
et le nom de famille et le prénom de la personne donnant les soins :

### 4 Déménagement

- Date réelle du déménagement

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Année	Mois	Jour

Nouvelle adresse :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro	Rue	Appartement
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville, village ou municipalité	Code postal	Ind. rég. Téléphone

- Raison du déménagement :

### 5 Dépôt direct

- Si vous êtes inscrit au dépôt direct de vos prestations, voulez-vous maintenir votre inscription?  Oui  Non

Pour vous inscrire au dépôt direct ou modifier les données qui s'y rapportent, vous devez fournir un chèque personnel du compte dans lequel le dépôt doit être effectué. Veuillez inscrire seulement le mot « ANNULÉ » sur ce chèque. Si vous ne possédez pas de chèque, veuillez fournir un document provenant de votre institution financière qui contient les renseignements requis pour effectuer un dépôt direct.

### 6 Affirmation solennelle

J'affirme solennellement que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts et complets.

Je m'engage à informer sans délai le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de toute modification à ces renseignements.

Les renseignements confidentiels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées à les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Vous avez le droit de connaître les renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la correction. Vous devez faire une demande par écrit et l'adresser au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.

Date

Signature du prestataire ou du participant