

Annexe – Questionnaire sur l'autonomie

RÉSERVÉ À L'ORGANISME

Numéro de dossier _____ - _____ Numéro du ménage _____ - _____

Le locateur doit s'assurer que tout demandeur répond aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 14 du Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique. 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.**

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS Les renseignements personnels recueillis par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or ou par ses partenaires sont nécessaires pour l'application de la Loi sur la Société d'habitation du Québec, des règlements afférents et des programmes qu'elle a adoptés en vertu de ceux-ci. Ces renseignements seront traités confidentiellement. Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or 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 sur 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

Instructions pour remplir le questionnaire sur l'autonomie

À remplir uniquement si vous rencontrez ou qu'un membre de votre ménage rencontre des problèmes d'autonomie.

Renseignements sur la personne du ménage qui rencontre des problèmes d'autonomie

Nom _____

Prénom _____

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?

- Non ➔ Il n'est pas requis de remplir ce questionnaire.
 Oui ➔ veuillez cocher les cases correspondant à votre situation. ♣
- Déficience auditive Déficience visuelle Déficience intellectuelle Déficience motrice : _____
 Membres supérieurs Membres inférieurs Autres : _____

Questions relatives au soutien

Recevez-vous de l'aide : d'un organisme pour votre maintien à domicile?

- Non
 Oui ➔ Lequel? : _____
 Autres : _____

Recevez-vous de l'aide d'un proche aidant pour votre maintien à domicile?

- Non
 Oui ➔ Si oui, réside-t-il actuellement avec vous? Non Oui

Utilisez-vous une aide technique ou médicale?

Ne s'applique pas À l'intérieur du domicile À l'extérieur du domicile

Aide technique ou médicale

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Canne, béquilles, ambulateur, marchette |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Fauteuil roulant manuel ou électrique |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Triporteur, quadriporteur |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Lève-personne |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Lit médical (d'hôpital) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Aide technique pour la déficience auditive |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ➔ | Aide technique pour la déficience visuelle |

Autres : _____

Avez-vous besoin d'un logement accessible/adapté? 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 :

- Oui Non ➤ Accéder à l'immeuble
- Oui Non ➤ Circuler sans difficulté à l'intérieur de l'immeuble
- Oui Non ➤ Utiliser l'équipement de la salle de bain sans difficulté
- Oui Non ➤ Accéder au logement
- Oui Non ➤ Circuler sans difficulté à l'intérieur du logement
- Oui Non ➤ Utiliser sans difficulté l'équipement de la cuisine

Questions relatives à l'évaluation de l'autonomie De quelle manière faites-vous les activités suivantes?

Seul Avec aide partielle Avec aide complète

Santé (activité complétée)

- Prendre les médicaments selon les recommandations du médecin
- Se lever, s'asseoir et se coucher
- Marcher
- Appeler du secours en cas d'urgence (ambulance, police, Info-Santé...)
- Monter 1 à 3 marches
- Monter 1 étage
- Monter 2 étages
- Monter plus de 2 étages

Seul Avec aide partielle Avec aide complète

Repas (activité complétée)

- Préparer les repas
- Manger
- Faire les courses

Seul Avec aide partielle Avec aide complète

Hygiène (activité complétée)

- Prendre un bain
- Aller aux toilettes
- S'habiller
- Faire des travaux domestiques
- Faire la lessive

Seul Avec aide partielle Avec aide complète

Sécurité (activité complétée)

- En cas d'incendie, pouvez-vous :
- Déclencher l'alarme?
 - Vous rendre sur le balcon?
 - Sortir de l'immeuble par l'escalier?

Veuillez indiquer le nom de la personne qui a rempli ce questionnaire

- Demandeur Personne qui rencontre des problèmes d'autonomie
- Membre du ménage ➤ Veuillez préciser le lien de parenté : _____
- Représentant ➤ Veuillez identifier le lien avec la personne faisant l'objet du présent formulaire : _____

* Exemples de spécialistes du réseau de la santé : ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, médecin...

DÉCLARATION Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente annexe sont véridiques et complets. Je reconnais que toute information erronée pourrait **entraîner une des conséquences suivantes : le retrait de la liste d'admissibilité, le refus d'octroyer un logement à loyer modique, la modification des conditions de location ou l'éviction du logement.** Je consens à ce que tous les renseignements personnels recueillis par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or dans cette annexe, et qui sont nécessaires à l'étude de ma demande, soient transmis aux partenaires de la Société d'habitation du Québec qui traiteront le dossier.

Signature _____ Date _____