



Attestation médicale en appuie à la demande de logement à loyer modique

Point de service de **Terrebonne** :

1309 Boul. Des Seigneurs, suite 101, Terrebonne,
(Québec) J6W 5B1

Téléphone : (450) 471-9424

Télécopieur : (450) 471-9434

Courriel : infosac@omhrn.com

Site internet : www.omhrn.com

Point de service de **Sainte-Thérèse** :

6, Rue de l'Église, bureau 330 Sainte-Thérèse,
(Québec) J7E 3L1

Téléphone : (450) 434-1149

Télécopieur : (450) 434-4570

Site internet : www.omhrn.com

Nom du requérant : _____

Numéro de téléphone : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Nom du professionnel de la santé : _____

Numéro de téléphone : _____

Domaine de compétence : _____

PARTIE 1 – ÉTAT DE SANTÉ LIÉ À LA MOBILITÉ OU À UN HANDICAP

Description globale de la problématique de santé du demandeur :

Le demandeur présente-t-il un handicap moteur ou sensoriel? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Évaluation de la situation :

Amélioration prévue ☐

Détérioration prévue ☐

État stable ☐

PARTIE 2 – AIDE TECHNIQUE NÉCESSAIRE

Est-ce que le demandeur utilise une aide technique telle que (cochez les options applicables) :

Canne, béquilles, déambulateur (marchette) ☐

Fauteuil roulant manuel ou électrique ☐

Attestation médicale en appuie à la demande de logement à loyer modique (suite)

Triporteur / quadriporteur* ☐

Lève personne ☐

Lit orthopédique ☐

Autres : _____

*Si le patient utilise un appareil pour ses déplacements, quel est sa largeur maximale? : _____

PARTIE 3 – BESOINS PARTICULIERS EN LIEN AVEC L’HABITATION

Veuillez répondre aux énoncés suivants relatifs aux capacités du demandeur :

Ouvrir la porte de l’immeuble et du logement sans aide ☐ Oui ☐ Non

Monter et descendre les escaliers ☐ Oui ☐ Non

Fonctionner dans une cuisine standard ☐ Oui ☐ Non

Utiliser une toilette de hauteur régulière ☐ Oui ☐ Non

Effectuer ses soins d’hygiène dans une baignoire ☐ Oui ☐ Non

S’il y a lieu, veuillez décrire les besoins spécifiques du demandeur (besoin d’une chambre supplémentaire, d’un rez-de-chaussée ou d’un ascenseur dans l’immeuble, etc.) :

PARTIE 4 – AUTORISATION ET SIGNATURE

Je, soussigné(e) autorise, par la présente, que le ou la signataire fournisse toutes les explications relatives au présent questionnaire. Il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l’OMH de la Rive Nord.

Signature du requérant

_____/_____/_____
Date

Signature du professionnel de la santé

_____/_____/_____
Date

Pour toutes informations supplémentaires relatives à ce document, n’hésitez pas à communiquer avec l’OMHRN au (450) 471-9424 poste 222 ou au courriel suivant : infosac@omhrn.com.