

**Formulaire de référence Programme
de soutien aux locataires**

Référé par :

Date de référence _____

Nom du fournisseur de logement social _____

Nom du personnel _____

Position _____

Informations de contact Courriel _____

Téléphone _____

Adresse du fournisseur de logements sociaux _____

Locataire(s)
référé(s)

Date de naissance
JJ/MM/AAAA

Genre
M/F/Autre

Nom(s) _____

Adresse _____

Téléphone _____

Courriel _____

Langue principale utilisée à la maison _____

Langue préférée pour les services _____

Raison de la
référence

(cocher tout ce qui s'applique)

Plaidoirie

Évaluation pour les soutiens

Aide pour des formulaires

Soucis de drogue ou d'alcool

Soutien aux soins de santé

Thésaurisation

Alphabétisation / Traduction

Autre (décrire) _____

Soucis de santé mentale

Hygiène personnelle

Problèmes de vermines

Soucis de sécurité et d'abus

Implication sociale

Soutien aux activités quotidiennes

Plaintes des locataires

Autres Agences
impliquées:

Autres
informations
importantes

Expliquez

Problèmes d'accessibilité _____

Préoccupations de
sécurité pour le
travailleur ou le locataire _____

Consentement

Je/Nous _____

(inscrire le nom complet de la (des) personne (s) ou du représentant autorisé / décideur substitut)
consens que le Fournisseur de logement social susmentionné divulgue les renseignements personnels
contenus dans ce formulaire au *Lutheran Community Care Center de Thunder Bay*, aux fins d'un renvoi au
Programme de soutien aux locataires de logements sociaux.

Je/Nous _____

(inscrire le nom complet de la personne ou du représentant autorisé / décideur substitut)
consens à ce que le *Lutheran Community Care Center de Thunder Bay* recueille et utilise l'information
contenue dans ce formulaire pour me contacter et s'engager dans une relation de soutien mutuellement
acceptable.

Je comprends l'objectif du fournisseur de logements sociaux quand il communique mes renseignements personnels au *Lutheran Community Care Center*.

Je comprends le but du *Lutheran Community Care Center* de recueillir et d'utiliser mes renseignements personnels.

Je comprends que je peux refuser de signer ce consentement et que la non-signature empêche le renvoi d'aller de l'avant.

_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin