



OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION
DES HAUTES-LAURENTIDES

DEMANDE DE TRANSFERT

Afin de permettre au Comité de sélection de bien évaluer votre demande de transfert, veuillez compléter vos coordonnées et remplir les deux (2) sections du formulaire. Votre demande sera traitée selon la Politique de gestion des demandes prioritaires et des demandes de relogement.

Coordonnée de la personne qui fait la demande

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

SECTION 1

- | | OUI | NON |
|--|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. Votre demande de transfert est-elle liée à une raison de santé physique ? | <input checked="" type="checkbox"/> * | <input type="checkbox"/> |
| 2. Votre demande de transfert est-elle liée à une raison psychosociale ? | <input checked="" type="checkbox"/> * | <input type="checkbox"/> |
| 3. Votre demande de transfert est-elle liée à un problème de voisinage ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Votre demande de transfert est-elle liée à l'ajout d'un nouvel occupant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Votre demande de transfert est-elle liée au départ d'un occupant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Votre demande de transfert est-elle liée à une grossesse ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre motif : _____

***Si vous avez répondu oui à la question 1 et/ou 2, veuillez compléter le formulaire « Transfert pour raison de santé »**

SECTION 2 (Décrivez-nous les raisons de votre demande de transfert)

_____ (Utiliser le verso si nécessaire)

Espace réservé à l'Office municipal d'habitation des Hautes-Laurentides

À l'étude

Accepté

Refusé

Date du Comité de sélection : _____

Signature : _____

Date : _____

