

Demande de logement pour personnes semi-autonomes



Fairview Suites Retirement Home

799 Concession Rd., Cambridge, Ontario N3H 4L1

Téléphone : 519-653-5719 Téléc. : 519-650-1242

Retourner à : Heather Congdon, Fairview Mennonite

Homes, 515 Langs Dr., Cambridge, Ontario N3H 5E4

Réservé au bureau
 Date de réception de la
 demande : année mois jour
 / /

Cocher une option ✓	OPTIONS DE LOGEMENT POUR PERSONNES SEMI-AUTONOMES
	Standard : Chambre avec vue sur le quartier
	De luxe : Grande chambre avec vue
	Supérieur : Grande chambre avec cuisinette ou foyer et double fenêtre
	2 ^e personne dans le logement (remplir la section « Renseignements sur le codemandeur »)

1. Renseignements sur le demandeur		<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}	
Nom de famille :		Prénom :	Date de naissance année mois jour / /
Adresse postale :			
Ville :	Code postal :	N° de téléphone à domicile :	
Autre n° de téléphone (<i>facultatif</i>) :		Adresse de courriel (<i>facultatif</i>) :	
N° de carte Santé :		N° d'assurance sociale	
État matrimonial : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Célibataire			
Nom de l'époux ou l'épouse si marié(e) :			
Confession religieuse :		Congrégation :	
Médecin de famille :		N° de téléphone :	

Coordonnées pour la facturation : (demandeur 1)	
Nom :	Lien :
Adresse :	Code postal :

Renseignements sur le codemandeur (demandeur 2) <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}		
Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance année mois jour / /
Adresse postale :		
Ville :	Code postal :	N° de téléphone à domicile :
Autre n° de téléphone (<i>facultatif</i>) :		Adresse de courriel (<i>facultatif</i>) :
N° de carte Santé :	N° d'assurance sociale	
État matrimonial : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Célibataire		
Nom de l'époux ou l'épouse si marié(e) :		
Confession religieuse :		Congrégation :
Médecin de famille :		Numéro de téléphone :
Coordonnées pour la facturation : (si elles diffèrent de celles du demandeur 1)		
Nom :		Lien :
Adresse :		Code postal :

Enfants ou proches (à aviser en cas d'urgence) :		
1) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
2) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
3) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
4) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :

Procuration perpétuelle relative aux biens		
1) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
2) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :

Procuration perpétuelle relative aux soins personnels		
1) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
2) Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :
EXÉCUTEUR TESTAMENTAIRE		
Nom :	Lien :	Code postal :
Adresse :		Téléphone :

Veuillez décrire vos besoins actuels :

Énumérez les services communautaires que vous utilisez :

Veuillez décrire, dans vos propres mots, les raisons pour lesquelles vous voulez vivre à Fairview :

Déclaration et consentement	
Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets. La demande et les documents l'accompagnant deviennent la propriété de Fairview Mennonite Homes.	
J'atteste que si un logement m'est accordé, il ne sera occupé que par moi-même et la personne mentionnée dans la présente demande. Je comprends qu'on m'offrira un logement seulement lorsque je satisferai à tous les critères d'admissibilité applicables pour le logement en question.	
Je comprends que la présente demande ne constitue en aucune façon un engagement de me fournir un logement de la part de Fairview Mennonite Homes.	
Je comprends que Fairview peut me demander des renseignements additionnels et j'autorise Fairview à effectuer une vérification de solvabilité.	
Je comprends que si je refuse trois offres de logement, mon nom sera placé à la fin de la liste d'attente courante.	
Je comprends que je dois informer Fairview de tout changement significatif aux renseignements inscrits dans le présent formulaire de demande.	
Je comprends que Fairview est un établissement non-fumeur offrant des logements pour les personnes âgées où les animaux de compagnie ne sont pas autorisés.	
Signature du demandeur :	Date :
Signature du codemandeur :	Date :