



DEMANDE DE LOGEMENT

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, CENTRES D'AIDE À LA VIE AUTONOME ET HÔPITAUX

À remplir par le personnel de l'établissement

Remarque : Le Service de soutien du revenu ne peut pas fournir de dépôt de garantie pour les logements qui ne sont pas assujettis à la *Loi sur les rapports entre locateurs et locataires en matière résidentielle*, y compris les centres de santé communautaires, les établissements de soins prolongés, les centres d'aide à la vie autonome et les hôpitaux.

Nom de l'occupant	PRÉNOM	NOM DE FAMILLE
Nom de l'établissement		
Adresse postale		
Adresse municipale <i>(si elle diffère de l'adresse indiquée ci-dessus)</i>		
Téléphone		
Télécopieur		
Date d'occupation	AAAA/MM/JJ	Le loyer comprend-il : les repas? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non un service de buanderie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non le téléphone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de départ prévue <i>(le cas échéant)</i>	AAAA/MM/JJ	
Loyer quotidien		

Remarque à l'intention du personnel : Le Service de soutien du revenu n'est pas une partie prenante du contrat signé entre le locateur et le locataire. Il n'assume donc aucune responsabilité pour le non-paiement du loyer ou les dommages éventuels dans les logements. Si l'occupant quitte subitement son logement, veuillez en aviser le Service de soutien du revenu en communiquant avec le bureau de Whitehorse, au 867-667-5674, ou avec le bureau de services régionaux de votre localité, au 867-_____.

Nom de l'employé

Signature de l'employé

Poste/titre de l'employé

AAAA/MM/JJ

Date

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Loyer payé : Directement Par le locataire

Vérifié par : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____