



SOCIÉTÉ D'HABITATION DU YUKON
**DEMANDE DE STATIONNEMENT RÉSERVÉ POUR UNE
PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE**

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur

À remplir par le locataire

Nom

Immeuble

100, rue Lambert

1190, rue Front

600, rue College

Numéro d'appartement

Numéro de plaque d'immatriculation

Numéro de permis de stationnement accessible de la Ville de Whitehorse*

Je consens par la présente à ce que les renseignements fournis ci-après soient communiqués à la Société d'habitation du Yukon en vue de déterminer mon admissibilité à un stationnement réservé et à l'ordre de priorité à m'accorder dans l'immeuble susmentionné.

Signature

Nom en lettres détachées

Date

* Veuillez joindre une copie de votre permis de stationnement accessible délivré par la Ville de Whitehorse. Si vous n'avez pas ce permis, remplissez la Partie 2.

Partie 2 : Vérification par un fournisseur de soins de santé**

À faire remplir par un fournisseur de soins de santé si vous n'êtes pas titulaire d'un permis de stationnement accessible valide de la Ville de Whitehorse

Ce locataire a présenté une demande de stationnement réservé pour les locataires à mobilité réduite et souhaite bénéficier d'une priorité par rapport aux autres locataires sur la liste d'attente.

La priorité se limite aux locataires à mobilité réduite. Veuillez indiquer le trouble de mobilité justifiant la priorité à accorder.

Les renseignements fournis aux présentes sont recueillis en conformité avec la *Loi sur la société d'habitation* à des fins d'évaluation de l'admissibilité. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la LAIPVP pour la Société d'habitation du Yukon au C.P 2703 (Y-1), Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, ou téléphoner au 867-667-5712.

*Le présent document a été rédigé sans distinction de genre.

J'atteste par la présente que le demandeur souffre d'un trouble de santé permanent qui restreint sa mobilité.
L'attribution d'un stationnement réservé pourrait réduire le risque de blessure qu'il pourrait subir en montant dans son véhicule ou en y descendant chez lui.

Signature du fournisseur de soins**

Nom en lettres détachées

Appellation professionnelle

Date

*** Aux fins du présent document, le terme « fournisseur de soins de santé » désigne un médecin ou une infirmière praticienne en soins primaires.*

Remettre le formulaire rempli à la Société d'habitation du Yukon

En personne : 410, rue Jarvis, Whitehorse

Par courriel : ykhouse@yukon.ca

Par télécopieur : 867-393-7597