



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE STATUT MEDICAL PRIORITAIRE**

**ATTESTATION DU PATIENT / DU PARENT / DU GARDIEN :**

Je \_\_\_\_\_ (nom du locataire), autorise \_\_\_\_\_ (un médecin /un professionnel de la santé) de compléter le formulaire ci-dessous. Je comprends que ces renseignements seront gardés en filière avec le Conseil d'administration des services du district d'Algoma (CASDA).  
**Ces renseignements sont confidentiels.**

Signature:

Date:

**À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE LOCATAIRE / PATIENT:**

Nom du demandeur: (Veuillez imprimer)

Téléphone:

Cellulaire:

Adresse actuelle:

Je requiers une considération spéciale pour le genre de logement qui suit, en raison d'un problème de santé actuel, des contraintes de circonstances ou de mobilité:

- Une unité à niveau unique / au niveau du sol ou avec un accès à un ascenseur
- Une unité accessible en fauteuil roulant (**les exigences d'un fauteuil roulant doivent être vérifiées par un médecin praticien**)
- Une chambre à coucher additionnelle requise pour entreposer l'équipement médical
- Une chambre à coucher additionnelle en raison d'une grossesse. (**Le médecin praticien doit vérifier la grossesse et la date prévue d'accouchement**)
- Une unité située plus près d'une installation qui fournit un traitement médical pour une condition existante
- Autres modifications requises à l'unité \_\_\_\_\_

**À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN MÉDECIN PRATICIEN À LA DEMANDE DU PATIENT**

Votre patient fait la demande pour une unité de logement social à 100% sans barrières, accessible aux fauteuils roulants **ou** fait la demande pour un statut prioritaire pour une unité de logement social spécifique, tel qu'au 1<sup>er</sup> étage ou avec une chambre à coucher additionnelle.

En raison de la disponibilité limitée de logement de CASDA, la priorité doit être assignée aux locataires qui requièrent des considérations spéciales aux logements pour lesquels ils ont droit. La priorité est déterminée en partie par des questions médicales ou des circonstances spéciales rendues pires par une situation de logement actuelle. Les renseignements que vous fournissez nous aideront à déterminer si une priorité plus élevée devrait être assignée à votre patient, avant d'autres ménages.

Plusieurs facteurs peuvent renforcer des pressions et des problèmes dans un logement actuel/hébergement d'un patient. Avec ceci à l'esprit, veuillez décrire ci-dessous comment le logement actuel de votre patient affecte sa santé et comment une unité spécifique améliorerait sa condition médicale ou préviendrait une détérioration. Veuillez également fournir certaines indications de l'urgence et/ou de la gravité de la situation.

Basé sur vos observations/traitement de ce patient, des considérations spéciales devraient être données pour le genre de logement demandé ci-dessus par votre patient  Je suis d'accord  Je ne suis pas d'accord

Signature et estampille du médecin praticien

Date:

Numéro de téléphone:

Retournez ce formulaire rempli et les pièces justificatives à:

**Attention:** Liste d'attente des services de logement  
**Courrier:** Conseil d'administration des services du district d'Algoma  
2, allée Elizabeth, Elliot Lake, ON P5A 1Z3

**En personne:** Bureaux locaux du Conseil d'administration des services du district d'Algoma

**FAX:** 705-842-3747

