

ÉVALUATION D'AUTONOMIE

L'Office municipal d'habitation du Grand Portneuf (OMHGP) doit s'assurer de l'admissibilité de tous les proposants locataires et ce, conformément à l'article 14 du *Règlement sur l'attribution des logements à loyer modique*. Nous devons notamment nous assurer que le demandeur peut, de façon autonome ou avec l'aide d'un soutien extérieur ou d'une personne qui vit avec lui, répondre à la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux reliés aux soins personnels et aux tâches usuelles.

Actuellement, consultez-vous, recevez-vous des traitements ou ressentez-vous des manifestations ayant trait à une affection, telle que :

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| Problèmes de surdité | Autre trouble neurodégénératif |
| Maladie d'Alzheimer | Troubles psychiatriques |
| Maladie de Parkinson | Détérioration mentale et perte des facultés intellectuelles |
| Autres affections : | _____ |

Utilisez-vous une aide technique ou médicale, telle que:

| | | |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------|
| Canne multipode | Fauteuil roulant manuel | Lève-personne |
| Béquilles | Fauteuil roulant électrique | Lit médicalisé (d'hôpital) |
| Déambulateur | Triporteur | Oxygène |
| Marchette | Quadriporteur | Autres aides : _____ |

Etes-vous capable de vous rendre seul à la cage d'escalier sans aide en cas d'incendie? Oui Non

Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer une des activités suivantes :

| | | |
|---------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| Prendre un bain | Marcher | Faire les courses |
| Manger | Prendre vos médicaments | Préparer les repas |
| Vous habiller | Faire des travaux d'entretien domestiques | Autres activités : _____ |
| Aller à la toilette | Faire la lessive | |

Recevez-vous des services du CIUSSS-CN (Capitale nationale) ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____ et combien d'heures par semaine : _____

Si oui, nom de l'intervenant(e) : _____ Numéro de téléphone : _____

Avez-vous un aidant naturel ou un soutien extérieur ? Oui Non

Si oui, pouvons-nous le contacter ? : Oui Non

Si oui, nom de la personne : _____ Numéro de téléphone : _____

Capacité à monter les marches :

Impossible 1 à 3 marches 1 étage 2 étages Plus de 2 étages

Avez-vous des contraintes au niveau de l'étage ? Oui Non

Quel étage habitez-vous actuellement ? _____

Quel étage préférez-vous ? Rez-de-chaussée 2^e étage peu importe
1^{er} étage 3^e étage

S'il y a présence d'un ascenseur, tous les niveaux me conviennent-ils ? Oui Non