



Demande pour une chambre additionnelle Handicap ou trouble de santé



Nom: _____ Date de naissance: _____
N° de dossier: _____ Adresse : _____

Renseignements à l'intention des demandeurs

Vous avez indiqué, dans votre demande de loyer indexé sur le revenu (LIR), que vous souhaitiez demander une **chambre à coucher additionnelle**, en plus du nombre de chambres à coucher auquel a droit votre ménage en vertu des normes d'occupation locales. Votre demande de chambre à coucher additionnelle doit comprendre :

- ce formulaire (Demande de chambre à coucher additionnelle), rempli par le demandeur;

ET les documents pertinents :

- Vérification et déclaration remplies et signées par un professionnel de la santé qualifié; ou
- Vérification sous la forme d'un contrat d'emploi ou d'un accord notarié.

Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande, veuillez vérifier que toutes les sections du formulaire sont bien remplies. Tous les renseignements communiqués au Registre resteront confidentiels.

Retourner le formulaire par la poste au : Le Registre
240 rue Catherine, Bureau 110
Ottawa (Ontario) K2P 2G8

Instructions

La Ville d'Ottawa a établi des normes d'occupation locales pour l'aide au loyer indexé sur le revenu (LIR). Ce formulaire est obligatoire pour les ménages qui souhaitent demander une chambre additionnelle pour un handicap ou trouble de santé.

Ce formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé qualifié qui connaît suffisamment bien le demandeur pour pouvoir se prononcer sur son état de santé ou son handicap qui pourrait nécessiter une chambre additionnelle.

Les professionnels de santé qualifiés suivants doivent remplir les pages 3 à 5 du présent formulaire :

- Médecin de famille ou autre médecin
- Psychiatre
- Physiothérapeute
- Psychologue ou psychologue associé
- Ergothérapeute
- Infirmier(ère) autorisé(e) / Infirmier(ère) praticien(ne)

Les normes d'occupation sont révisées chaque année. Par conséquent, les ménages peuvent être invités à fournir de nouvelles informations afin de vérifier qu'ils remplissent toujours les conditions requises pour obtenir une chambre additionnelle.

Cette section du formulaire doit être remplie par le demandeur

Raison pour laquelle vous demandez une chambre à coucher additionnelle

Veillez sélectionner le type correspondant de demande ci-après.

1. Handicap ou trouble de santé

Conjoints : Vous ou votre conjoint (e) avez un handicap ou un trouble de la santé qui justifie des chambres à coucher séparées.

Matériel : Un membre de votre ménage a un handicap ou un trouble de la santé qui oblige à prévoir une chambre à coucher afin d'entreposer le matériel médical trop encombrant pour pouvoir être rangé raisonnablement dans le nombre de chambres à coucher auquel aurait normalement droit votre ménage selon les normes d'occupation locales.

Aidants : Un membre de votre ménage a un handicap ou un trouble de la santé qui oblige à prévoir une chambre à coucher pour loger une personne qui assure des services d'aide à temps plein et de nuit en raison du handicap ou du trouble de la santé de ce membre du ménage. Il doit y avoir une entente écrite conclue en bonne et due forme et démontrant la relation professionnelle entre les personnes en cause. Veuillez fournir, avec la confirmation d'un médecin autorisé (professionnels de santé), un contrat d'emploi ou une entente notariée décrivant les services de soutien nécessaires et la relation professionnelle.

Nombre de chambres que je/nous demandons? _____

Je soussigné(e), _____ (nom en caractères d'imprimerie), demande par la présente une chambre à coucher additionnelle. Je vous autorise à communiquer et je consens à ce que vous communiquiez, avec Le Registre, au nom de la Ville d'Ottawa en tant que gestionnaire de services, l'information et les documents nécessaires pour permettre de vérifier les renseignements et les documents déposés afin de constater que j'ai droit à une chambre à coucher additionnelle.

Signature du demandeur : _____

Date: _____

Cette section du formulaire doit être remplie par votre professionnel de santé

Votre patient demande une aide sous forme de loyer indexé sur le revenu (logement subventionné) et demande une chambre à coucher additionnelle en raison d'un trouble de la santé ou d'un handicap. Veuillez sélectionner la raison pour laquelle il pourrait avoir droit à cette chambre à coucher additionnelle et décrire les aspects du trouble de la santé ou du handicap de votre patient. Cette information permettra de savoir s'il est nécessaire à juste titre, pour votre patient, d'avoir une chambre à coucher additionnelle en raison d'un trouble de la santé ou d'un handicap. Il est important d'être aussi précis que possible pour que le Registre puisse prendre une décision.

Information sur le professionnel de la santé	
Nom de la pratique :	
Nom du professionnel de la santé : (en caractères d'imprimerie)	
Numéro d'enregistrement :	
Adresse:	
Numéro de téléphone	

Depuis combien de temps le patient est-il sous vos soins?	
Veuillez sélectionner la raison pour laquelle votre patient pourrait, à votre avis, avoir droit à une chambre à coucher additionnelle en raison d'un trouble de la santé ou d'un handicap.	
1) Conjointes:	
En raison d'un trouble de la santé ou d'un handicap, l'un des conjoints a besoin de sa propre chambre à coucher. Une chambre à coucher additionnelle n'est pas considérée comme raisonnablement nécessaire en case de ronflement, l'apnée du sommeil, le besoin d'uriner fréquemment la nuit, le syndrome des jambes sans repos ou l'insomnie.	
Veuillez décrire les aspects du trouble de la santé ou du handicap de votre patient pour permettre au Registre d'établir s'il est nécessaire à juste titre de prévoir, dans son cas, une chambre à coucher additionnelle en raison de son trouble de la santé ou de son handicap	

Cette section du formulaire doit être remplie par votre professionnel de santé

[illegible]

Cette section du formulaire doit être remplie par votre professionnel de santé

3) Aidants :
Un membre du ménage a un handicap ou condition médical qui nécessite une chambre à coucher pour accueillir une personne qui fournit des services d'aide à temps plein et de nuit en raison du handicap ou d'un trouble de santé de ce membre du ménage.
Veillez décrire les aspects de l'état de santé ou du handicap de votre patient qui nécessitent une chambre à coucher pouvant accueillir une personne fournissant des services d'aide à temps plein et de nuit en raison de son handicap ou de son état de santé.
Un contrat d'emploi ou un accord notarié détaillant les services d'aide nécessaires et la relation professionnelle entre les personnes concernées est joint en annexe.

Vérification et déclaration du professionnel de la santé	
Je certifie que cette information représente mon opinion professionnelle et qu'à ma connaissance, elle est véridique et exacte.	
Estampille du cabinet	
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	
Signature du professionnel de la santé	
Date	
Le formulaire original est requis.	

Les renseignements personnels divulgués dans ce formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés par la *Loi de 2011 sur les services de logement* (articles 57(6), 169(1) et (2), 170(1) (2), 171(1), (3) et (6)), par la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* (L.R.O. 1990, ch. M. 56) et par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (L.C. 2000, ch. 5).