

Nom: _____

Conjoint(e) _____

Êtes-vous autonome ? oui non

Conjoint(e) autonome oui non

Si non depuis Date : _____ JJ/MM/AAAA

Si non depuis Date : _____ JJ/MM/AAAA

Est-ce que votre adresse postale est la même que l'adresse où vous habitez ? oui non

ex: votre courrier est livré chez un membre de la famille

Adresse postale : _____

 Avez-vous reçu des **versements anticipés** pour le crédit maintien à domicile ? oui non si oui, fournir le relevé 19

Résidence privée pour ainés (RPA)

	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin
\$ coût du loyer par mois						
	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc

 Habitez - vous avec votre conjoint(e) ? oui non
 si non, votre conjoint(e) doit compléter son formulaire si besoin
 Avez - vous un colocataire (famille ou ami) ? oui non

Services de buanderie	Aucun					
Toute l'année	ou précisez les mois					
Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	
Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc	

Services Entretien ménage	Aucun					
Toute l'année	ou précisez les mois					
Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	
Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc	

Services soins infirmiers	Aucun					
Toute l'année	ou précisez les mois					
Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	
Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc	

Services soins personnels	Aucun					
Toute l'année	ou précisez les mois					
Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	
Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Déc	

Services alimentaires (repas)	Aucun					
Toute l'année	ou précisez les mois					
Nb Repas	Nb Repas	Nb Repas	Nb Repas	Nb Repas	Nb Repas	Nb Repas
Jan	Mars	Mai	Juil	Sept	Nov	
Fév	Avril	Juin	Août	Oct	Déc	

Immeuble à logement (locataire)

Minimum 600 \$ Maximum 1200 \$

si colocataire divisé le montant du loyer

<u>Loyer mensuel</u>	\$ / mois	_____	X	_____	nombre de mois
	\$ / mois	_____	X	_____	nombre de mois

Immeuble en Copropriété (condo)

Fournir le formulaire TPZ-1029.MD.5 qui doit être complété par le syndicat

Autres services admissibles pour propriétaire maison - copropriétaire condo - locataire et résident en RPA

Entretien paysager	_____	Soins infirmiers	_____	Livraison épicerie	_____
Déneigement	_____	Aide habillage et hygiène	_____	Livraison médicament	_____
Entretien piscine	_____	Entretien ménage	_____	Dispositif sécurité personnel	_____
Ramonage	_____	Prép repas - popote mobile	_____	Autres:	_____
Nettoyage conduit ventilation	_____	Installation abris auto	_____	Autres:	_____

Complété par : _____ Date : _____