

DEMANDE DE TRANSFERT

Nom : _____

Adresse : _____

Afin de permettre au comité de sélection de bien évaluer votre demande de transfert, **veuillez remplir les trois (3) sections du formulaire**. Votre demande sera traitée selon *le Règlement sur la procédure de gestion des demandes de relogement*.

SECTION 1

	Oui	Non
Votre demande de transfert est-elle liée à une raison de santé physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre demande de transfert est-elle liée à une raison psychosociale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre demande de transfert est-elle liée à un problème de voisinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre demande de transfert est-elle liée à une grossesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre demande de transfert est-elle liée à l'ajout d'un nouvel occupant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre demande de transfert est-elle liée au départ d'un occupant dans votre ménage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres motifs : _____

*****Joindre les rapports médicaux et tout document confirmant la pertinence de la demande.**

SECTION 2

Indiquer dans quelle municipalité vous aimeriez transférer :

- Frampton
 Scott
 St-Bernard
 St-Elzéar
 St-Isidore
 St-Lambert
 Ste-Hénédiène
 Ste-Marguerite
 Ste-Marie
 Sts-Anges
 Vallée-Jonction

SECTION 3

Décrivez-nous les raisons de votre demande de transfert :

(Utiliser le verso si nécessaire)

Signature _____

Date _____

Espace réservé à l'Office régionale d'habitation de la Nouvelle-Beauce

À l'étude

Accepté

Refusé

Date du Comité de sélection : _____

