



CORNWALL SDG HUMAN SERVICES DEPARTMENT
SERVICES HUMAINS CORNWALL SDG
Housing Programs / Programmes de logement
P.O. Box / C.P. 877
340 Pitt Street / 340, rue Pitt – Cornwall ON K6H 5T9
Tel/tél: (613) 933-6282 – Fax/Télec: (613) 938-9734
humanservices@cornwall.ca



Formulaire de vérification médicale

Les renseignements personnels communiqués dans ce formulaire serviront uniquement aux fins de détermination de l'admissibilité d'un applicant. Leur collecte est autorisée par la Loi de 2011 sur les services de logement.

Nom du patient(e) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nombre d'années que le/la patient(e) est sous vos soins : _____

Consentement du patient/de la patiente à la communication

Je soussignée(e) _____ autorise par la présente mon médecin à communiquer les renseignements personnels sur la santé, qui sont sollicités par le Registre des logements sociaux de la ville de Cornwall dans le présent formulaire aux fins indiquées ci-dessous. J'autorise également la conservation au dossier de ces renseignements par le Registre des logements sociaux de la ville de Cornwall.

Signature du patient/de la patiente

Date

Votre patient(e) a demandé ce qui suit :

- PARTIE A: une chambre à coucher additionnelle (remplir la partie A ci-dessous)
- PARTIE B: un logement modifié (remplir la partie B ci-dessous)

PARTIE A : DEMANDE DE CHAMBRE SUPPLÉMENTAIRE

Une chambre à coucher additionnelle sera accordée uniquement dans les circonstances suivantes :

- L'applicant et sa conjointe ou l'applicant et son conjoint ont besoin d'une chambre distincte en raison d'une invalidité importante ou d'un état pathologique diagnostiqué, chronique (de longue durée) et grave, dont les symptômes ne disparaîtront pas – pas de rechute ou de rémission périodique. **(Ne sont pas compris des troubles comme l'apnée du sommeil, le ronflement, le syndrome des jambes sans repos, l'insomnie ou la miction fréquente)**
- Une chambre à coucher additionnelle est requise pour y ranger un équipement médical ou des appareils fonctionnels de maintien de la vie en raison d'une invalidité importante ou d'un état pathologique diagnostiqué, chronique (de longue durée) et grave. **(Ne sont pas compris des appareils d'exercice)**
- Une chambre à coucher additionnelle est requise pour une personne soignante qui vivra avec le ménage à temps plein afin de fournir les services de soutien nécessaires, le jour et/ou la nuit, à un membre du ménage ayant une invalidité grave ou un état pathologique diagnostiqué, chronique (de longue durée) et grave. **(La personne soignante ne peut pas être un parent et son nom ne figurera pas dans le contrat de location/convention d'occupation.)**

1. Est-ce que votre patient(e) souffre d'une condition médicale qui affecte la santé d'un ou des deux conjoints qui partagent la chambre ?

Oui

Non

Nommez/décrivez la maladie chronique (à long terme) et grave diagnostiquée ou l'invalidité importante qui fait qu'il est absolument nécessaire que votre patient(e) occupe une chambre séparée.

2. Est-ce qu'une chambre séparée contribuera au bien-être général de votre patient (e) et à la prise en charge de sa condition médicale ou de son invalidité ?

3. Est-ce que la pièce supplémentaire est absolument nécessaire et est-ce que le manque de la chambre supplémentaire entraînerait des difficultés extrêmes ?

Oui Non

4. En raison de la condition médicale, est-ce que le/la patient(e) a besoin d'espace pour entreposer l'équipement médicale ou les accessoires fonctionnels ?

Oui Non

Quels équipements médicaux ou accessoires fonctionnels ont besoin d'une espace pour les entreposer parce qu'ils ne peuvent pas être entreposés ailleurs dans l'unité en raison de la grandeur de l'unité ou du manque d'espace de rangement dans l'unité.

5. Est-ce que votre patient(e) est capable de gérer les activités de la vie quotidienne sans aide?

Oui Non

Si **non**, quel(s) service(s) à t-il/elle besoin?

6. Est-ce que votre patient(e) a besoin de soins durant la nuit ?

Oui Non

Si **oui**, combien de nuits par semaine : _____

PARTIE B : DEMANDE D'UNITÉ MODIFIÉE

Votre patient(e) demande une unité modifiée qui aura des diverses mesures de modifications (c'est-à-dire des portes et des couloirs élargies, une douche modifiée, etc.).

Est-ce que votre patient(e) peut monter et descendre les escaliers en toute sécurité ?

Oui Non

1. Est-ce que votre patient(e) a besoin des accessoires fonctionnels (par exemple, fauteuil roulant, marchette) ?

Oui Non

2. Dans quelles situations est-ce que votre patient(e) a besoin d'utiliser des accessoires fonctionnels ? Veuillez expliquer.

3. Est-ce que votre patient(e) souffre d'un état de détérioration qui augmentera le besoin de modifications de l'unité ? Si oui, veuillez expliquer.

4. Veuillez identifier les modifications nécessaires pour permettre à votre patient(e) de vivre de façon autonome.

AUTORISATION DU MÉDECIN	
Je certifie par la présente que ces informations représentent mon meilleur jugement professionnel et sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance.	Réservé au timbre du médecin

Nom du médecin (caractères d'imprimerie s.v.p.)	

Signature du médecin	

Téléphone	

Date	

Les renseignements personnels sur la santé communiqués dans ce formulaire serviront uniquement aux fins de détermination de l'admissibilité de l'applicant/de l'applicante à un logement social et abordable ou de l'admissibilité du locataire/de la locataire à un transfert vers un autre logement et/ou à une chambre à coucher additionnelle. Leur collecte est autorisée par la *Loi de 2011 sur les services de logement*. Le requérant/la requérante autorise, en vertu de cette demande, la collecte, l'usage et la communication, vérification comprise, des renseignements fournis à la ville de Cornwall, à titre de gestionnaire des services pour la ville de Cornwall et les Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry, ses fournisseurs de logements sociaux et le Registre de logement social, dans sa demande ou dans les documents à l'appui.

Révision : Avril 2025