

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES
RENSEIGNEMENTS NOMINATIFS**

Nom de l'organisme : Office Municipal de l'habitation de Montréal (OMHM)	
Nom du représentant : _____	
Téléphone: _____	Télécopieur : _____
<i>(Partie devant être complétée si la demande est expédiée par l'OMHM)</i>	
Nom du prestataire : _____	
Numéro de dossier : _____	
Adresse du ménage : _____	
J'autorise le Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale à transmettre cette information à l'organisme ci-dessus, mandataire du programme de Supplément au loyer pour la Société d'habitation du Québec. À noter que cette information est nécessaire au calcul du loyer des locataires habitant un logement à loyer modique.	
_____ Prestataire (usager)	_____ représentant autorisé
_____ Prestataire conjoint (usager)	_____ date
<i>(À compléter par le centre local d'emploi)</i>	
<input type="checkbox"/> La personne identifiée ci-dessus reçoit actuellement des prestations d'un des Programmes d'assistance sociale et sa situation est la suivante :	
Programme d'aide sociale (SAN sans contrainte ou CTE contrainte temporaire) :	
Nombre d'adulte(s) au dossier : _____	Nombre d'enfant(s) à charge : _____
Un adulte	
<input type="checkbox"/> Contrainte temporaire (CTE) <input type="checkbox"/> Sans contrainte (SAN)	
<input type="checkbox"/> Cohabitation avec le père ou la mère (Solidarité familiale)	
<input type="checkbox"/> Partage de logement	
Deux adultes	
<input type="checkbox"/> 2 sans contrainte (2 SAN) <input type="checkbox"/> 2 contraintes temporaires (2 CTE)	
<input type="checkbox"/> 1 contrainte temporaire et 1 sans contrainte (CTE + SAN)	
<input type="checkbox"/> Cohabitation avec le père ou la mère (Solidarité familiale)	
<input type="checkbox"/> Partage de logement	
Estampe du centre local d'emploi	
Programme de Solidarité sociale (CSE Contrainte Sévère à l'emploi) :	
Nombre d'adulte(s) au dossier : _____	Nombre d'enfant(s) à charge : _____
Nombre de mois d'admissibilité (à un programme d'aide financière de dernier recours)	
Année en cours : _____	Année précédente : _____
Services publics d'emploi	
<input type="checkbox"/> Allocation d'aide à l'emploi <input type="checkbox"/> Programme Alternative jeunesse	
Montants (par semaine) : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Nombre de mois de participation (à un programme ou une mesure d'emploi)	
Année en cours : _____	Année précédente : _____
<input type="checkbox"/> Programme PAAS	
Nombre de mois de participation (à un programme PAAS) Montant (par mois) : 130 \$	
Année en cours : _____	Année précédente : _____
Nom de la personne responsable : _____	Date : _____

IMPORTANT : Pour être valide, ce formulaire doit porter l'estampe du centre local d'emploi

F&O_LOC_FORM_Autorisation transmission barême aide sociale(maj10-12)

Mise à jour : 10-10-2012