

**Le Centre d'enregistrement pour les logements sociaux
d'Ottawa**

**Renseignements additionnels pour l'évaluation– Bureau des
services à la jeunesse**

Veuillez répondre aux questions le plus complètement que possible et retourner
le questionnaire au :

**Centre d'enregistrement, au 2197, Riverside Drive, 5^e étage, Ottawa
(Ontario) K1H 1A9**

Le Bureau des services à la jeunesse est un organisme axé sur le client, fondé sur les choix et favorisant la diversité. Nous vous sommes reconnaissants de prendre le temps nécessaire pour répondre aux questions ci-dessous car cela les aidera à évaluer votre situation actuelle de logement et de vie, pour qu'il puisse en bout de ligne offrir le meilleur service possible.

1. Situation de logement

a) Où vivez présentement?

- | | | | |
|--------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Abri | <input type="checkbox"/> | Avec un ami/surf de divan | <input type="checkbox"/> |
| Sur la rue | <input type="checkbox"/> | Maison de chambres | <input type="checkbox"/> |
| En détention | <input type="checkbox"/> | Domicile/famille | <input type="checkbox"/> |
| Sans abri | <input type="checkbox"/> | | |

Autre : _____

b) Y a-t-il quoi que ce soit au sujet de votre situation de vie actuelle qui présente un danger, pose un problème de sécurité, vous cause du stress, a un impact sur votre santé ou est une source d'inquiétude?

2. Activités de la vie quotidienne

i) École : Nombre de crédits achevés _____

ii) Travail : Où? _____
Pendant combien de temps? _____
Emplois précédents? _____

iii) Bénévolat ou autres activités : _____

3. Selon vous, est-ce que les facteurs ci-dessous ont fait qu'il est plus difficile pour vous de vivre seul, ou ont-ils mené à de la discrimination alors que vous cherchiez un endroit où vivre?

	Non	Quelque peu	Oui
Problèmes de santé physique (p. ex., santé faible, VIH, hépatite C, épilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété, trouble bipolaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouveau Canadien ou minorité visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'expérience en matière d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation monoparentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence dans le passé ou présentement (physique, mentale, émotionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec les symboles d'autorité (parents, enseignants, police)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de soutien de la part d'un adulte ou de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement/solitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai jamais vécu seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'orientation sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'identité de genre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expériences traumatiques à l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Veuillez fournir vos renseignements généraux :

(y compris les défis passés, les obstacles vécus, les expériences lors de l'enfance)

5. Veuillez cocher tous les domaines ci-dessous pour lesquels le logement avec services de soutien pourrait vous aider.

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Gestion du stress | <input type="checkbox"/> | Résolution de conflits | <input type="checkbox"/> |
| Accepter la responsabilité | <input type="checkbox"/> | Santé sexuelle | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer ma communication | <input type="checkbox"/> | Orientation sexuelle | <input type="checkbox"/> |
| Apprendre à faire confiance | <input type="checkbox"/> | Formation sur l'assertivité | <input type="checkbox"/> |
| Composer avec mes émotions | <input type="checkbox"/> | Résolution de mes sentiments face à mon passé | <input type="checkbox"/> |
| Sexualité | <input type="checkbox"/> | Sensibilisation au VIH/sida | <input type="checkbox"/> |
| Forger des relations | <input type="checkbox"/> | Identité du genre | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilisation à la colère | <input type="checkbox"/> | Toxicomanie et sensibilisation | <input type="checkbox"/> |
| Rehausser l'estime de soi et la confiance en soi | <input type="checkbox"/> | Sensibilisation à la santé, à la nutrition et au conditionnement physique | <input type="checkbox"/> |
| Solitude, vivre seul et se trouver seul | <input type="checkbox"/> | Établissement d'un budget et gestion des fonds | <input type="checkbox"/> |
| Forger des relations | <input type="checkbox"/> | Accès aux ressources communautaires | <input type="checkbox"/> |
| Travailler de façon autonome | <input type="checkbox"/> | Autre : | |
| Acheter mes aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aptitudes culinaires | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Entretien ménager et entretien du domicile | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Travailler au sein d'un groupe | <input type="checkbox"/> | Vos forces : | |
| Obtenir mes documents personnels | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Loisirs et planification récréative | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Usage du transport en commun | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Aptitudes à l'emploi | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Soins personnels | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Gestion du temps | <input type="checkbox"/> | | _____ |

Votre déclaration et votre consentement à de plus amples renseignements :

Je comprends que ces renseignements seront utilisés par le Bureau des services à la jeunesse dans le but de déterminer mon admissibilité à leur programme de logement.

Je comprends que le Bureau des services à la jeunesse peut communiquer avec moi pour les fins de mener une entrevue.

Signature du demandant : _____ **Date :** _____