

Date : _____

DEMANDE DE TRANSFERT

Nom : _____

Adresse : _____

Votre demande de transfert sera traitée selon la politique de gestion des demandes prioritaires et des demandes de relogement.

	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 dans votre ménage ?	<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"/>

Autre motif :

Décrivez-nous les raisons de votre demande de transfert :

(Utiliser le verso si nécessaire)

Espace réservé à l'Office municipal d'habitation du Val-Saint-François

À l'étude

Accepté

Refusé

Date du Comité de sélection : _____

