

DEMANDE DE PARTICIPATION

Programme nouvelle vision de la perception

1. Renseignements sur l'identité du candidat

Nom de famille du candidat	Prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse postale					
Moyens à privilégier pour communiquer avec vous :					
Téléphone	Courriel			Texte (n° de cellulaire)	
Par l'intervenant	Nom	Prénom	N° de téléphone		
Êtes-vous sous : <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle					

2. Renseignements relatifs à la demande

2.1 Quel est le montant approximatif de votre dette à la cour municipale de la Ville de Québec?

2.2 Quelle est la source de votre revenu ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide sociale | <input type="checkbox"/> Pension de la Sécurité de la vieillesse |
| <input type="checkbox"/> Prestations d'Emploi-Québec (programmes) | <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi (chômage) |
| <input type="checkbox"/> Emploi | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Travailleur autonome | |

Quel est votre revenu mensuel approximatif? _____ \$/mois

2.3 Quelle est votre situation résidentielle ?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |
| <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Autre (parents, amis, chambre et pension) |

Coût associé à votre situation résidentielle : _____ \$/mois

2.4 Possédez-vous un véhicule? Oui Non

2.5 Faites-vous des démarches pour améliorer votre qualité de vie ou résoudre des difficultés personnelles ?

- Non Oui:
- Suivi avec un intervenant (ex : travailleur social, éducateur, intervenant communautaire, travailleur de rue)
 - Suivi médical (ex : médecin, psychiatre)
 - Retour aux études
 - Programme d'insertion en emploi
 - Groupe d'entraide
 - Autre

DEMANDE DE PARTICIPATION

Programme nouvelle vision de la perception

2. Renseignements relatifs à la demande (suite)

Si vous avez coché oui, quel(s) organisme(s) ou établissement(s) vous accompagne(nt) dans ces démarches :

Quel est le nom de votre intervenant : _____

Dans le cadre de ma demande de participation au Programme nouvelle vision de la perception (PNVP), j'autorise mon intervenant(e) à **transmettre** les informations cliniques me concernant avec l'équipe du PNVP.

3. Règlement de la dette

Êtes-vous prêt à vous engager à effectuer des travaux compensatoires afin de régler votre dette ? Oui Non

Si oui, combien d'heures de travaux compensatoires par semaine pourriez-vous faire ? _____ h/semaine

Auriez-vous la capacité financière de négocier une entente de paiement ? Oui Non

Êtes-vous prêt à effectuer des démarches d'éducation, de sensibilisation, de prévention, d'intervention, de réparation ou de réhabilitation afin de régler votre dette ? Oui Non

4. Signature

- Je renonce à invoquer les délais judiciaires encourus dès le dépôt de cette demande et dans le cadre de ma participation éventuelle au programme ;
- Je suis avisé de mon droit à recourir à l'assistance d'un avocat. Si applicable, indiquer le nom de votre avocat :

Signature

Date

Année

Mois

Jour

5. Envoi de votre formulaire

Retourner par la poste à : a/s Perceptrice IMPAC
245, rue du Pont
Québec (Québec) G1K 6L6

ou par courriel : tribunalimpac@ville.quebec.qc.ca
ou par télécopieur : 418 641-6539
(à l'attention de la perceptrice IMPAC)

Un suivi de votre demande sera fait dans les 10 jours ouvrables suivant sa réception, selon le moyen de communication que vous avez indiqué à la partie 1 du formulaire.