

# ENDOSSEUR

<b>NOM ET PRÉNOM</b>	
Adresse actuelle (no. civique, rue, ville, code postal)	
Téléphone à la résidence et cellulaire	
Téléphone au travail (s'il y a lieu)	
Adresse courriel	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
Numéro d'assurance sociale	
<b>EMPLOYEUR</b>	
Nom de l'employeur actuel	
Adresse de l'employeur	
Téléphone de l'employeur	
Emploi occupé	
Depuis quand ?	
Salaire brut <span style="float: right;">\$/ mois</span>	
Autres revenus : Ass.-chômage, Aide sociale, RRQ, CSST Pensions, etc. <span style="float: right;">\$/ mois</span>	
<b>AUTORISATION</b>	
<p>Je, soussigné(e), autorise par la présente C.D.H.M. Ltée à recueillir auprès des personnes, corporations et/ou organismes concernés tous les renseignements nécessaires à l'étude de la présente demande de logement, et autorise en conséquence ces personnes, corporations et/ou organismes à communiquer à C.D.H.M. Ltée et ses préposés les renseignements personnels contenus dans leurs dossiers à mon sujet. C.D.H.M. Ltée devra traiter ces renseignements de façon confidentielle. La présente demande ne constitue en aucun cas un bail; le candidat ou la candidate n'a aucun droit à un logement détenu ou géré par le locateur tant que les renseignements contenus à la présente demande n'aient été vérifiés, que la demande soit acceptée et qu'un bail ne soit signé et approuvé par le locateur. Le paiement du premier terme de loyer sera exigible au moment de la signature du bail, le cas échéant.</p>	
<b>Signature :</b> _____ <b>Date (aaaa/mm/jj) :</b> _____	
<b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>	
Adresse du logement :	Nombre de pièces : 1 ½ <input type="checkbox"/> 2 ½ <input type="checkbox"/> 3 ½ <input type="checkbox"/> 4 ½ <input type="checkbox"/> 5 ½ <input type="checkbox"/> 6 ½ <input type="checkbox"/> 7 ½ <input type="checkbox"/>
Début du bail :	Fin du bail :
Loyer de base : _____ \$ Semi-meublé : <input type="checkbox"/> oui _____ \$ <input type="checkbox"/> non Stationnement <input type="checkbox"/> oui, _____ \$ <input type="checkbox"/> non Loyer mensuel total : _____ \$	Chauffé <input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/>

**MERCI DE NOUS RETOURNER LE FORMULAIRE SIGNÉ À : [INFO@CDHM.CA](mailto:INFO@CDHM.CA) OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU 418-527-9256**