

PROGRAMME PROPRE-NET CONTRE LES PUNAISES DE LIT – DEMANDE DE SERVICE



(Ce document vise à aider le personnel de l'organisme demandeur dans la priorisation des demandes de PRÉPARATION pour le traitement d'unités infestées de punaises de lit.)

Une fois ce formulaire rempli, envoyez-le par télécopie au 204 948-3093 ou par courriel à bedbugs@gov.mb.ca

Projet :		N° de bon de commande interne : <i>Réservé à l'administration</i>	
Date d'évaluation :		Noms et titres de postes du personnel d'évaluation :	
Nom du locataire :			
Adresse :	Rue :	N° d'appartement :	Code d'entrée :
	Ville :	Province :	Code postal :
Nom du (des) propriétaire(s) :		Personne-ressource sur place :	N° de téléphone sur place : ()
Source de l'aiguillage :		Personne-ressource :	Tél. : ()
Faut-il joindre la source de l'aiguillage au nom du locataire (interprète, défenseur, mandataire d'une procuration, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui – <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Évaluation :

(Évaluez chaque aspect sur une échelle de 1 à 5 en entourant le chiffre adéquat. Indiquez le résultat dans la dernière colonne une fois que l'évaluation est terminée, puis faites le total des résultats.)

ASPECTS	Besoin d'assistance					Résultat	DESCRIPTION
	Faible				Élevé		
Niveau d'infestation	1	2	3	4	5		- Entourez 1 pour moins de 20 punaises de lit visibles. Plus de 50 punaises de lit visibles équivaut au moins à un résultat de 4.
État de l'habitation	1	2	3	4	5		- Tenez compte du niveau de propreté et prêtez attention à tout signe d'amassement compulsif (plus le numéro entouré est grand, plus le besoin est élevé).
Capacités du locataire	1	2	3	4	5		- Les capacités du locataire ont-elles des conséquences sur son aptitude à s'occuper de l'habitation? (plus le numéro entouré est grand, plus le besoin est élevé.)
Niveau des soutiens existants	1	2	3	4	5		- Les soutiens communautaires ou sociaux du locataire sont-ils en mesure de l'aider à s'occuper de l'habitation? (plus le numéro entouré est grand, plus le besoin est élevé.)
Avis de résiliation ou d'expulsion	---	---	---	---	5		- Ajoutez 5 si le locataire fait l'objet d'un avis.

Enfants de moins de cinq ans	---	2	---	---	---		- Ajoutez 2 si des enfants de moins de cinq ans vivent dans l'habitation.
TOTAL							Signature du personnel d'évaluation :

*(REMARQUE : les habitations et les locataires obtenant un résultat de **17** ou plus seront placés sur une liste de priorité classée en fonction du résultat. Le personnel pourra modifier l'ordre de la liste en fonction du caractère évolutif des circonstances, des situations individuelles, de l'incidence sur les habitations alentours et du financement disponible pour procéder au traitement.)*

Autres renseignements (ex. : animaux de compagnie)
