**DEMANDE DE PARTICIPATION**

**Programme nouvelle vision de la perception**

IMPAC (Intervention multisectorielle programmes d’accompagnement à la cour municipale)

|  |
| --- |
| **1. Renseignements sur l’identité** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de famille      | Prénom      | Sexe[ ]  Masculin [ ]  Féminin |
| Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)      | Date de naissance (aaaa-mm-jj)      |
| Ville      | Province      | Code postal      |
| Téléphone au domicile      | Cellulaire      | Autre téléphone poste            |
| Courriel      | Moyen à privilégier pour communiquer avec vous[ ]  Poste [ ]  Téléphone [ ]  Courriel [ ]  Autre (spécifier)        |

|  |
| --- |
| **2. Renseignements relatifs à la demande** |

|  |
| --- |
| Quel est le montant approximatif de votre dette à la cour municipale de la Ville de Québec ?      $ |
| Êtes-vous prêt à vous engager à effectuer des travaux compensatoires afin de régler votre dette?[ ]  Oui [ ]  Non | Combien d’heures de travaux compensatoires par semaine pourriez-vous compléter?       h/semaine |
| Avez-vous la capacité financière de négocier une entente de paiement ?[ ]  Oui [ ]  Non |
| Quelle est la source de votre revenu ?[ ]  Aide sociale[ ]  Prestations d’Emploi-Québec (programmes) [ ]  Emploi | [ ]  Pension de la Sécurité de la vieillesse[ ]  Prestations d’assurance-emploi (chômage)[ ]  Autre (précisez) :       |
| Quel est votre revenu mensuel approximatif ?      $/mois |

|  |
| --- |
| **3. Renseignements supplémentaires** |

|  |
| --- |
| Démarches pour améliorer votre qualité de vie ou résoudre des difficultés personnelles[ ]  Aucune démarche[ ]  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  |
| Organisme(s) ou établissement(s) qui vous accompagne(nt) dans ces démarches      |

|  |
| --- |
| **4. Signature** |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature | Date (aaaa-mm-jj) |

|  |
| --- |
| **5. Envoi de votre formulaire** |

|  |
| --- |
| Retournez ce formulaire dûment rempli et signé : Par courriel : tribunalimpac@ville.quebec.qc.caPar télécopieur : 418 641-6512 (à l’attention de la perceptrice désignée IMPAC)Par la poste : a/s Perceptrice désignée IMPAC  285, rue de la Maréchaussée, 3e étage  Québec (Québec) G1K 8W5 |

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