



La Maison de l'Espérance  
House of Hope

## DEMANDE DE RÉSIDENCE

NOM : \_\_\_\_\_ DN : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN

SED : \_\_\_\_\_ ÉTABL. : \_\_\_\_\_ AGC : \_\_\_\_\_

DATE DE SEMI LIBERTÉ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DATE DE LIBÉRATION CONDITIONNELLE TOTALE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN JOUR MOIS AN

DATE DE LIBÉRATION D'OFFICE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION DU MANDAT : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN JOUR MOIS AN

PREMIÈRE PEINE SOUS RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE :  OUI  NON / ACCUSATIONS EN INSTANCE :  OUI  NON

INFRACTION(S) À L'ORIGINE DE LA PEINE ACTUELLE : \_\_\_\_\_

DATE DE LA PEINE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DURÉE DE LA PEINE : \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN

INFRACTIONS ANTÉRIEURES : \_\_\_\_\_

AVEZ VOUS UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE?  OUI  NON

PROGRAMMES EN ÉTABLISSEMENT TERMINÉS : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

DERNIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES TERMINÉE : \_\_\_\_\_ AUTRES COMPÉTENCES : \_\_\_\_\_

EXPÉRIENCE D'EMPLOI (type de travail) : \_\_\_\_\_

AVEZ VOUS DES PROBLÈMES MÉDICAUX?  OUI  NON \_\_\_\_\_

AVEZ VOUS DÉJÀ RÉSIDÉ DANS UNE MAISON DE TRANSITION?  OUI  NON

SI OUI, INDIQUEZ À QUEL ENDROIT : \_\_\_\_\_

INDIQUEZ VOS PLANS DE LIBÉRATION : \_\_\_\_\_

RELATIONS AVEC LA COLLECTIVITÉ : (donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS AN