



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