

## NOUVELLE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ET RENOUVELLEMENT

Déficiences permanentes (1<sup>er</sup> avril au 31 mars de chaque année)

### Partie 1 à 4 : À remplir par l'utilisateur ou son répondant

#### 1. Identification de l'utilisateur ayant une déficience permanente

Type de demande <input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Renouvellement		Date (AAAA-MM-JJ)
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse (numéro, appartement, rue)		
Ville	Code postal	Téléphone
Courriel		
Méthode d'envoi de documents privilégiée <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Poste		

#### 2. Répondant

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté
Téléphone	Adresse (seulement si différent de la personne ayant une déficience permanente)	

#### 3. Source de revenus (s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la source de revenu des parents)

<input type="checkbox"/> Emploi rémunéré	Nom de l'employeur : _____
<input type="checkbox"/> Aide sociale	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> CNESST	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> SAAQ	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> Pension de vieillesse	
<input type="checkbox"/> Supplément de revenu	
<input type="checkbox"/> RRQ	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :	_____

#### 4. Mode de paiement

<input type="checkbox"/> Dépôt direct***	Courriel (obligatoire) : _____
***Vous devez joindre un chèque avec la mention « Annulé »	

## 5. Mode de transport (à remplir par le professionnel de la santé)

Véhicule personnel

Besoin d'un transporteur

Déplacement en fauteuil roulant ?

Précision : \_\_\_\_\_

Si besoin d'un transporteur, êtes-vous admissible au transport adapté de votre région ?

OUI

NON

Si non admis au transport adapté de la MRC :

Date de la demande : \_\_\_\_\_ Personne référence du transport adapté : \_\_\_\_\_

1. J'atteste que l'utilisateur ne serait pas admissible au transport adapté pour les raisons suivantes :

Accompagnement requis en tout temps

Horaire des traitements incompatible avec l'offre de service du transport adapté

2. Ne répond pas aux critères d'admissibilité du transport adapté qui correspondent à une ou plusieurs des incapacités suivantes :

S'orienter dans l'espace et/ou dans le temps

Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport régulier en raison d'une fatigabilité extrême

Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou à celle des autres

Marcher 400 mètres sur un terrain uni

Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui

Communiquer de façon verbale ou gestuelle (cette incapacité ne peut, à elle seule, être retenue aux fins d'admission)

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## 6. Engagement

Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 5 sont complets et véridiques. Je m'engage à aviser, dans les plus brefs délais, le personnel du Programme Transport hébergement Lanaudière de tout changement qui rendrait inexact les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de l'utilisateur ou son répondant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ SVP PRENDRE CONNAISSANCE DU DOCUMENT D'INFORMATION AVANT DE FORMULER UNE DEMANDE.**

**AUCUNE DEMANDE N'EST TRAITÉE RÉTROACTIVEMENT**



## NOUVELLE DEMANDE SEULEMENT

### 8. Attestation médicale (à remplir seulement pour les nouvelles demandes, non obligatoire pour les renouvellements annuels)

L'attestation médicale doit être remplie et signée soit par un médecin, un psychologue, un audiologiste ou par un orthophoniste.

Si un autre professionnel de la santé remplit ce formulaire, celui-ci doit **obligatoirement** joindre à cette demande un rapport identifiant le diagnostic signé par un médecin, un psychologue, un audiologiste ou un orthophoniste.

Nom de l'utilisateur ayant une déficience permanente : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

#### DESCRIPTION DES CONTRAINTES, INCAPACITÉS, OBSTACLES

Se nourrir	
Se déplacer	
Communiquer	
Autre	

Quels sont les services que l'utilisateur nécessite pour pallier sa déficience permanente et améliorer son autonomie ?

*Se dit de tout traitement, reconnu par la RAMQ, essentiel et requis pour maintenir le niveau d'autonomie de la personne ayant une déficience permanente.*

SERVICES PRÉVUS <i>EXEMPLE : DENTISTE</i>	LIEN AVEC DÉFICIENCE PERMANENTE <i>EXEMPLE : FISSURE PALATINE</i>

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_\_ X semaine

\_\_\_\_\_ X mois

\_\_\_\_\_ X année

Décrivez les limitations significatives et permanentes de la vie quotidienne ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne doit-elle être accompagnée lors de ses traitements ?  OUI  NON

Autres données objectives et pertinentes (ex. : poids, taille, etc.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Identification de la personne ayant rempli cette partie :

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_