

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2022-2023

Nouvelle demande – Personne dialysée

1er avril 2022 au 31 mars 2023

Partie 1 à 6 : À remplir par la personne dialysée ou son répondant

1. Identification de la personne dialysée

Nom de famille		Prénom	Date de naissance
Adresse (numéro, appartement, rue)			
Ville	Code postal	Téléphone	
Courriel :			
Méthode d'envoi des 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

<input type="checkbox"/>	Emploi rémunéré	Nom de l'employeur : _____
<input type="checkbox"/>	Aide sociale	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/>	CSST	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 »		

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2022-2023

Nouvelle demande – Personne dialysée

1er avril 2022 au 31 mars 2023

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

Véhicule personnel

Centre d'action bénévole

Besoin d'un transporteur

Est-ce que vous devez vous déplacer en fauteuil roulant ?

OUI

NON

Êtes-vous admissible au transport adapté de votre région?

OUI

NON

1. J'atteste que le patient 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'admissibilités du transport adapté qui correspondent à une ou plusieurs des incapacités suivantes :

S'orienter dans l'espace

S'orienter dans le temps

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

Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa propre 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. (N.B. cette incapacité ne peut à elle seule être retenue aux fins d'admission)

6. Engagement

Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 6 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 inexacts les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de la personne dialysée ou son répondant : _____

Date : _____

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

AUCUNE DEMANDE N'EST TRAITÉE RÉTROACTIVEMENT

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2022-2023

Nouvelle demande – Personne dialysée

1er avril 2022 au 31 mars 2023

7. Attestation médicale

L'attestation médicale doit être remplie et signée par un médecin.

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

Diagnostic : _____

Quels sont les services reçus ?

Hémodialyse Horaire : _____ Heure : _____

Formation DPAC

Greffe Date de la greffe : _____

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 : _____

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2022-2023

Nouvelle demande – Personne dialysée

1er avril 2022 au 31 mars 2023

8. Services requis

Cette partie doit être remplie par le professionnel de la santé. Celui-ci doit indiquer les coordonnées de l'établissement où les soins sont donnés.

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____
Numéro civique Rue Ville Code postal

Indiquer les services que la personne recevra à cet établissement : _____

Date du début des services : _____ Date de fin des services : _____

Téléphone de l'unité où la personne reçoit ces services : _____

9. Coordonnées de l'intervenant ayant rempli le point 8

Nom de famille	Prénom	Profession
Établissement		Téléphone
Signature		Date

<https://www.ciass-lanaudiere.gouv.qc.ca/documentation/depliants-clientele/>