

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2021-2022

Nouvelle demande – Personne dialysée

1er avril 2021 au 31 mars 2022

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

### 1. Identification de la personne dialysée

Sexe  <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance  <small>JOUR / MOIS / ANNÉE</small>
	Adresse (numéro, appartement, rue)		
Ville	Code postal	Téléphone	

### 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"/>	Chèque	Nom sur le chèque : _____
<input type="checkbox"/>	Dépôt direct	Courriel (obligatoire) : _____
**Vous devez joindre un chèque avec la mention « annulé »		

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Personne dialysée – Nouvelle demande

1er avril 2021 au 31 mars 2022

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

Véhicule personnel

Centre d'action bénévole

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

- 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
- 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)

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

### 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

### Personne dialysée – Nouvelle demande

1er avril 2021 au 31 mars 2022

#### 7. Attestation médicale

L'attestation médicale doit être complétée 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 complété cette partie :

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

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

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

## Programme transport hébergement Lanaudière

### DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE Personne dialysée – Nouvelle demande 1er avril 2021 au 31 mars 2022

#### 8. Services requis

Cette partie doit être complétée 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 complété le point 8

Nom de famille	Prénom	Profession
Établissement		Téléphone
Signature		Date