

## Document d'admission Nouvelle demande - Déficience permanente

1er avril 2021 au 31 mars 2022

### Partie 1 à 7 : À compléter par la personne handicapée ou son répondant

#### 1. Identification de la personne ayant une déficience permanente

Sexe  <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance
	Adresse (numéro, appartement, rue)		
Courriel :			
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 (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"/>	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 »		

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

## 5. Mode de transport

Véhicule personnel

Centre d'action bénévole

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

NON

Êtes-vous admis au transport adapté de votre région ?  OUI

NON

## 6. Description des contraintes, incapacités, obstacles

Se nourrir	
Se déplacer	
Communiquer	
Autre	

## 7. 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 handicapée ou son répondant : \_\_\_\_\_

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

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

**AUCUNE DEMANDE N'EST TRAITÉE RÉTROACTIVEMENT**

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

## 8. Attestation médicale

L'attestation médicale doit être complétée et signée soit par un médecin, un psychologue, un audiologiste ou par un orthophoniste. Si un autre professionnel de la santé complète ce formulaire, celui-ci doit **obligatoirement** joindre à cette demande un rapport identifiant le diagnostic posé et signé par un médecin, un psychologue, un audiologiste ou par une orthophoniste.

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

Quels sont les services que la personne nécessite pour pallier à sa déficience permanente et pour 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 mois

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne doit-elle être accompagnée lors de ses rendez-vous ?  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

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

### 9. Services requis

Cette partie doit être complétée par le professionnel de la santé. Celui-ci doit indiquer tous les établissements ainsi que tous les services que cette personne recevra dans le but de pallier et d'améliorer sa déficience permanente.

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_ X année

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_ X année

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : \_\_\_\_\_

## Programme transport hébergement Lanaudière

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

### 9. Services requis (suite....)

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

Autre(s) renseignement(s) pertinent(s) : \_\_\_\_\_

### 10. Coordonnées de l'intervenant ayant complété la partie 9

Nom de famille	Prénom	Profession
Établissement		Téléphone
Signature		Date