

## RENOUVELLEMENT DES SERVICES REQUIS 2021-2022

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 <small>(obligatoire)</small> : _____	
<b>**Vous devez joindre un chèque avec la mention « annulé »</b>			

## RENOUVELLEMENT D'AIDE FINANCIÈRE

Personne dialysée

1er avril 2021 au 31 mars 2022

### 5. Mode de transport

Véhicule personnel

Centre d'action bénévole

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

NON

***Vous devez obligatoirement faire une demande au transport adapté de votre région si un changement à votre état de santé est survenu durant la dernière année ou que votre horaire de dialyse a été modifié.***

### 6. Services requis

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro civique Rue Ville Code postal

Indiquer les services que la personne recevra à cet établissement : \_\_\_\_\_

#### Horaire de dialyse

Lundi-Mercredi-Vendredi      Heure : \_\_\_\_\_

Mardi-Jeudi-Samedi      Heure : \_\_\_\_\_

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 inexactes les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de la personne dialysée ou son répondant : \_\_\_\_\_

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