

RENOUVELLEMENT – ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS

Personne handicapée – Déficience permanente

1er avril 2021 au 31 mars 2022

Partie 1 à 4 : 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 <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 (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 transport

<input type="checkbox"/> Véhicule personnel	<input type="checkbox"/> Centre d'action bénévole
Est-ce que vous devez vous déplacer en fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous admis au transport adapté de votre région ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

RENOUVELLEMENT - ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS 2021-2022

Nom de la personne handicapée: _____

5. Services requis

Cette partie doit être complétée par un professionnel de la santé. Celui-ci doit indiquer l'établissement ainsi que tous les services que cette personne recevra dans le but de pallier et d'améliorer sa déficience permanente. Il est **important** d'indiquer quel est le lien avec votre déficience.

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Veillez indiquer le lien entre le service reçu ainsi que le handicap de la personne ayant une déficience permanente

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) : _____

6. Coordonnées de l'intervenant ayant complété la partie 5

Nom de famille	Prénom	Profession
Établissement		Téléphone
Signature		Date