

ANNEXE 5

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Demande de services

(à remplir par l'utilisateur ou son représentant)

PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

INFORMATIONS

1. Toutes les parties du formulaire d'inscription **doivent être remplies** par la **personne elle-même, son représentant ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux.**

2. Faire **remplir par le professionnel de la santé**, une des **annexes** suivantes, correspondant à votre état :

Annexe 5-A Rapport diagnostic, déficience motrice

Annexe 5-B Rapport diagnostic, déficience organique

Annexe 5-C Rapport diagnostic, déficience du psychisme

Annexe 5-D Rapport diagnostic, déficience visuelle

Annexe 5-E Rapport diagnostic, déficience auditive

Annexe 5-F Rapport diagnostic, déficience du langage et de la parole

Annexe 5-G Rapport diagnostic, déficience intellectuelle

3. Si vous devez voyager par avion et/ou avec un accompagnateur, assurez-vous que la partie "*mode de déplacement*" du rapport diagnostic soit dûment remplie par le professionnel de la santé.

Le transport par avion et les dépenses pour un accompagnateur sont remboursés, si la sécurité ou l'état de santé de la personne est en cause.

*** Pour la clientèle n'ayant pas d'accès routier, l'avion est accepté d'office.**

*** L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne âgée de moins de 18 ans et de plus de 75 ans.**

4. Acheminer le formulaire d'inscription et le rapport diagnostic remplis à l'adresse sous-mentionnée :

**Programme transport et hébergement pour les personnes handicapées
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
835, boul. Jolliet
Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5**

2. Identification des déplacements

Cette partie vous permet d'identifier vos besoins en déplacements.

A. Raisons des déplacements

Services diagnostics, lesquels : (Exemples : Suivi de l'évolution de l'état, suivi post-opératoire, ajustement de médication)

Services d'adaptation et réadaptation, lesquels : (Exemples : physiothérapie, ergothérapie, ajustement d'orthèses, prothèses)

Traitements médicaux, lesquels : (Exemples : dialyse, chirurgie ou tous les autres traitements reconnus par la R.A.M.Q.)

B. Mode de transport utilisé :

- Autobus
- Automobile
- Avion (fournir obligatoirement une recommandation médicale, voir la partie "Mode de déplacement" du rapport diagnostic) *
 - Sans accompagnateur
 - Avec accompagnateur (fournir obligatoirement une recommandation médicale, voir la partie « Mode de déplacement » du rapport diagnostic) **

C. Établissements, où sont dispensés les services

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Établissement : _____
Lieu : _____
Services requis : _____
_____ | 2. Établissement : _____
Lieu : _____
Services requis : _____
_____ |
| 3. Établissement : _____
Lieu : _____
Services requis : _____
_____ | 4. Établissement : _____
Lieu : _____
Services requis : _____
_____ |

* Note : Pour la clientèle n'ayant pas d'accès routier, l'avion est accepté d'office.

** Note : L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne âgée de moins de 18 ans et de plus de 75 ans.

3. Identification du diagnostic

A. Diagnostic

Inscrire le ou les diagnostics vous concernant. Joindre l'attestation médicale de votre diagnostic ou utiliser l'annexe appropriée.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

B. Cause

Cocher une case pour indiquer la cause et la date d'apparition de chacun de vos diagnostics.

Diagnostic 1. :	Diagnostic 2. :
<input type="checkbox"/> à la naissance	<input type="checkbox"/> à la naissance
<input type="checkbox"/> dû à une maladie, laquelle : Date: _____	<input type="checkbox"/> dû à une maladie, laquelle : Date: _____
<input type="checkbox"/> accident du travail Date: _____	<input type="checkbox"/> accident du travail Date: _____
<input type="checkbox"/> accident de la route Date: _____	<input type="checkbox"/> accident de la route Date: _____
<input type="checkbox"/> autre, précisez : Date: _____	<input type="checkbox"/> autre, précisez : Date: _____

Diagnostic 3. :	Diagnostic 4. :
<input type="checkbox"/> à la naissance	<input type="checkbox"/> à la naissance
<input type="checkbox"/> dû à une maladie, laquelle : Date: _____	<input type="checkbox"/> dû à une maladie, laquelle : Date: _____
<input type="checkbox"/> accident du travail Date: _____	<input type="checkbox"/> accident du travail Date: _____
<input type="checkbox"/> accident de la route Date: _____	<input type="checkbox"/> accident de la route Date: _____
<input type="checkbox"/> autre, précisez : Date: _____	<input type="checkbox"/> autre, précisez : Date: _____

4.1 Identification des limitations fonctionnelles

A. Adolescent et Adulte (Si vous êtes âgé de 14 ans et + vous devez compléter cette section.)

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne âgée de 14 ans et plus. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / AVD* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Se nourrir						
2. Hygiène personnelle						
3. S'habiller/se déshabiller						
4. Installer orthèse/prothèse						
5. Utiliser les toilettes						
6. Lever/coucher/transferts						
7. S'étirer, se baisser						
8. Se déplacer						
9. Utiliser les escaliers						
10. Utiliser les transports						
11. Entretien de la maison						
12. Préparer les repas						
13. Faire les courses						
14. Faire la lessive						
15. Utiliser le téléphone						

Fonctions mentales	Adéquat	Problème	Explications
1. Mémoire			
2. Orientation			
3. Compréhension			
4. Jugement			

Soins particuliers / Commentaires : _____

* N/A : Non applicable.

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVD : Activités de la vie domestique

4.1 Identification des limitations fonctionnelles

B. Enfant (Si la personne pour laquelle vous faites la demande est âgée de 13 ans et moins vous devez remplir cette section.)

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne âgée de 13 ans et moins. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Rouler du dos au ventre et vice-versa						
2. Tenir assis						
3. Ramper à plat ventre						
4. Se déplacer à 4 pattes						
5. Marcher						
6. Prendre les objets						
7. Manipuler les jouets						
8. Gribouiller, faire un dessin						
9. Se nourrir						
10. S'habiller / se déshabiller						
11. Se lever / se coucher						
12. Utiliser les escaliers						
13. Lire / écrire						
14. Utiliser les toilettes						

Soins particuliers / Commentaires : _____

* AVQ : Activités de la vie quotidienne.
 * N/A : non applicable.

5. Aides techniques

Utilisez-vous de façon régulière une des aides techniques suivantes ?

- Aucune (passer au point 6)
- Aides visuelles, précisez : _____
- Aides auditives, précisez : _____
- Aides à la marche, (ex. canne, marchette, etc.), précisez: _____
- Orthèse/prothèse, précisez : _____
- Fauteuil roulant motorisé :
- Fauteuil roulant manuel :
- Autre type de fauteuil, précisez : _____
- Appareil respiratoire: nombre d'heures d'utilisation par jour : _____
- Appareil d'hémodialyse : nombre d'heures d'utilisation par jour : _____
- Autres, précisez : _____

6. Déclaration du revenu

Quelle est la provenance de votre revenu ?
(ne pas inscrire le montant)

- Solidarité sociale (aide sociale) *
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) *
- Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) *
- Régie des rentes du Québec (RRQ)
- Pension de la sécurité de la vieillesse
- Emploi
- Assurance-emploi
- Assurance personnelle
- Autres, précisez : _____

* **Note :** Pour faciliter le traitement de votre demande avec le ministère de la Solidarité Sociale, la CNESST et la SAAQ, veuillez nous indiquer le nom de l'agent responsable de votre dossier et le numéro de votre dossier.

Nom de l'agent

Numéro de dossier

7. Engagement

Je, soussigné(e) _____ résident
NOM - PRÉNOM

au _____
ADRESSE

déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité.

Je m'engage à aviser sans délai les responsables du programme Transport Hébergement de tout changement dans ma situation (ou dans la situation de _____) qui rendrait inexact les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de la présente demande.

8. Autorisation

J'autorise les membres du comité d'inscription à communiquer avec la personne référente, mon médecin traitant ou tout autre professionnel de la réadaptation impliqué dans mon dossier (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, intervenant social), si des renseignements supplémentaires sont nécessaires au traitement de ma demande.

OUI NON

Signature de la personne (ou de son représentant)

Date

Cette autorisation est valable pour la durée des besoins au Programme Transport et hébergement des personnes handicapées.