

Date : _____



ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du bénéficiaire : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Sexe F ☐ M ☐

Fumeur O ☐ N ☐

Animaux O ☐ N ☐

Langue F ☐ A ☐

Nom du référant : _____

Organisme référant : _____ Dossier CLSC : Oui ☐ Non ☐

Coordonnées : _____ # poste : _____ @ : _____

	La personne...	OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans et plus (_____) ? *Si non, remplir aussi la section 3	☐	☐
2.	A une perte de mobilité?	☐	☐
3.	A un trouble de mémoire?	☐	☐
4.	A un trouble cognitif?	☐	☐
5.	A un problème de surdité?	☐	☐
6.	A un problème d'élocution?	☐	☐
7.	A une perte visuelle?	☐	☐
8.	A une bombonne d'oxygène?	☐	☐
9.	Présente une condition médicale stable?	☐	☐
10.	Présente une détresse psychologique ou risque de suicide?	☐	☐
11.	Est orientée dans le temps ou l'espace?	☐	☐
12.	Peut présenter des signes d'agressivité?	☐	☐
13.	Utilise une aide technique? (Si oui, remplir le tableau suivant)	☐	☐
14.	A besoin d'un accompagnement TRANSPORT MÉDICAL?	☐	☐
15.	A besoin d'un accompagnement TRANSPORT ÉPICERIE?	☐	☐

AIDE TECHNIQUE (cochez si le bénéficiaire utilise une de ces aides)		
Canne	☐	
Marchette	☐ →	Pliante ☐ Non-pliante ☐
Déambulateur	☐	Autre :
Béquille	☐	

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service **d'ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT** et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis au CAB Les Artisans de l'Aide. De plus, le bénéficiaire nous autorise à communiquer avec la personne-ressource au dossier, en cas de besoin en date du _____.

Personne-ressource:

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

Par CAB Les Artisans de l'Aide. La personne ci-haut mentionnée nous autorise à ajouter son nom comme personne-ressource au dossier du bénéficiaire en date du _____. Contacté par : _____

SECTION 2 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

SECTION 3 - SI MOINS DE 65 ANS*

Référence **OBLIGATOIRE** d'un professionnel de la santé. Nous fournir les raisons qui justifient le besoin de service ou joindre le document pertinent :

Spécifiez la durée : Long terme ☐ Court terme ☐ Date de fin : _____

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org ☐ Télécopieur au 450 472-9586 ☐ Téléphone ☐ Date : _____

SECTION À COMPLÉTER PAR LE CAB Les Artisans de l'Aide

Admissible ☐ Non-admissible ☐ Coordination : _____

Motif du refus : _____ Xaequo : **Oui** ☐ **Non** ☐

Date de jumelage : _____ Bénévole : _____