



Date : _____

AIDE AUX FORMULAIRES

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du bénéficiaire : _____

Sexe F ☐ M ☐

Adresse complète : _____

Fumeur O ☐ N ☐

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Animaux O ☐ N ☐Langue F ☐ A ☐

Nom du référant : _____

Organisme référant : _____ Dossier CLSC : **Oui** ☐ **Non** ☐

Coordonnées : _____ # poste : _____ @ : _____

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 – POUR QUEL(S) FORMULAIRE (S) LE SERVICE EST-IL REQUIS?

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 :

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org ☐Télécopieur au 450 472-9586 ☐

Date : _____

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

Admissible ☐ Non-admissible ☐ Coordination : _____ XAequo : **Oui** ☐ **Non** ☐

Motif du refus : _____ Date de jumelage : _____ Bénévole : _____

Date de réalisation : _____ Durée (min): _____ KM : _____