



POPOTE ROULANTE

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

***Nous n'acceptons aucune demande pour un bénéficiaire avec une allergie ou une intolérance au gluten.**

Nom du bénéficiaire :	Sexe F ☐ M ☐
Adresse complète :	Fumeur O ☐ N ☐
Téléphone : Date de naissance :	Animaux O ☐ N ☐
	Langue F ☐ A ☐

Nom du référant : Dossier CLSC : **Oui** ☐ **Non** ☐

Organisme référant : Coordonnées : # : @ :

	La personne...	OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans et plus (78) ? *Si non, remplir aussi la section 3	☐	☐
2.	Habite seule? (Si demande pour un couple, veuillez remplir 2 formulaires)	☐	☐
3.	A une perte d'autonomie permanente?	☐	☐
4.	A une perte d'autonomie temporaire?	☐	☐
5.	Est proche aidant?	☐	☐
6.	Est en post-hospitalisation?	☐	☐
7.	A une perte de mobilité? PERTE D'ÉQUILIBRE PARFOIS	☐	☐
8.	A un trouble de mémoire? PARTIEL, TRAUMATISME CRÂNIEN	☐	☐
9.	A un trouble cognitif?	☐	☐
10.	A un problème de surdité?	☐	☐
11.	A un problème d'élocution?	☐	☐
12.	A une perte visuelle?	☐	☐

ALIMENTAIRE			
La personne...	OUI	NON	Spécification
A une allergie	☐	☐	*Nous n'acceptons aucune demande pour un bénéficiaire avec une allergie ou une intolérance au gluten.
A une intolérance (autre que le gluten)	☐	☐	
Est diabétique	☐	☐	
Mange du poisson	☐	☐	
En cas d'intolérances alimentaires autre que le gluten , le bénéficiaire devra discuter avec la coordination de la popote roulante qui évaluera s'il est possible de l'accommoder.			

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de **POPOTE ROULANTE** 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 2025/09/09.

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. Contacté par :

SECTION 2 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES ou CONDITIONS PARTICULIÈRES

Particularité au niveau de la livraison (code d'entrée, appeler avant, laisser dans un sac, etc.)

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 : AAAA/MM/JJ

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org ☐ Télécopieur au 450-472-9586 ☐ Téléphone ☐ Date : AAAA/MM/JJ

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

Admissible ☐ Non-admissible ☐ Coordination :

Motif du refus :

Xaequo : Oui ☒ Non ☐