

Date : _____



SECURICAB

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION :

Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Clef cachée : **Oui** ☐ **Non** ☐ Si oui, à quel endroit? : _____

Sexe F ☐ M ☐

Langue F ☐ A ☐

Fumeur O ☐ N ☐

Animaux O ☐ N ☐

Nom de l'animal

POUR APPARTEMENT OU RÉSIDENCE

Nom du propriétaire : _____ Téléphone: _____

Nom du concierge : _____ Téléphone: _____

CONTACTS À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Contact 1 :

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Adresse: _____

Possède une clé : **Oui** ☐ **Non** ☐

Vérifié : **Oui** ☐ **Non** ☐

Contact 2 :

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Adresse: _____

Possède une clé : **Oui** ☐ **Non** ☐

Vérifié : **Oui** ☐ **Non** ☐

Contact 3 :

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone: _____

Cellulaire: _____

Adresse: _____

Possède une clé : **Oui** ☐ **Non** ☐

Vérifié : **Oui** ☐ **Non** ☐

HISTORIQUE MÉDICAL

Numéro d'assurance maladie : _____ Peut marcher seul(e) : **Oui** ☐ **Non** ☐

Nom du médecin (optionnel): _____ Téléphone (optionnel) : _____

Maladies / limitations physiques ou mentales : _____

Habite avec une autre personne : **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, nom et lien avec la personne : _____

ABONNEMENTS

Appel de SÉCURITÉ : Oui ☐ **Non** ☐ **Lundi** ☐ **Mardi** ☐ **Merc.** ☐ **Jeudi** ☐ **Vend.** ☐ **Sam.** ☐ **Dim.** ☐

Heures d'appels: Appel 1 : _____ Appel 2 : _____

Notes :

Rappel ALIMENTATION : Oui ☐ **Non** ☐ **Lun.** ☐ **Mar.** ☐ **Mer.** ☐ **Jeu.** ☐ **Vend.** ☐ **Sam.** ☐ **Dim.** ☐

Heures d'appels: Déjeuner : _____ Dîner : _____ Souper : _____

Notes :

Rappel MÉDICATION : Oui ☐ **Non** ☐ **Lun.** ☐ **Mar.** ☐ **Mer.** ☐ **Jeu.** ☐ **Vend.** ☐ **Sam.** ☐ **Dim.** ☐

Heures d'appels: Appel 1 : _____ Appel 2 : _____ Appel 3 : _____ Appel 4 : _____ Appel 5 : _____

Notes :

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de **SÉCURICAB** 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 : _____

Autorisation du bénéficiaire dans le cadre de SécuriCAB

J'autorise le représentant de SÉCURICAB à communiquer avec les personnes désignées au présent formulaire et dans l'éventualité où ces personnes désignées ne répondent pas à l'appel, j'autorise le **CAB LES ARTISANS DE L'AIDE** à recourir aux services nécessaires de mon secteur afin d'effectuer cette vérification. S'il advenait que des dommages soient causés lors de cette vérification, j'en assumerai la totalité des coûts et je ne pourrai tenir responsable le **CAB LES ARTISANS DE L'AIDE** des dommages et des coûts de réparation. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____

Exemption de responsabilités

SécuriCAB tient à rappeler au bénéficiaire qu'il décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service ou des tentatives infructueuses pour me joindre ou communiquer avec mes personnes désignées. Dans l'éventualité où le bénéficiaire ne répond pas à l'appel ou ne prend pas sa médication, le **CAB LES ARTISANS DE L'AIDE** se dégage de toute responsabilité. J'ai pris connaissance de cette exemption et j'en comprends toute la signification.

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____

SECTION 2 -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 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 : _____