

CERD - Demande de services

Nous nous engageons à protéger la confidentialité et la sécurité de tous les renseignements personnels qui nous sont confiés.

Renseignements personnels sur le client/la cliente

Salutation :	Prénom :	Nom de famille :
Adresse postale (n ^o , rue, bureau):		
Ville/Province :		Code postal :
N ^o de téléphone (maison) :		N ^o de téléphone (cellulaire) :
Date de naissance : jour-mois-année	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	État matrimonial :
N ^o de carte Santé de l'Ontario :		
Type d'handicap physique :		
Date de début : jour-mois-année	Fumeur/Fumeuse <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non	
Quelle est votre langue maternelle ?		
Si votre langue n'est ni l'anglais ni le français, dans quelle langue officielle êtes-vous le plus à l'aise?		

Donnez une brève description de ce qui suit :

Raison de la demande :

**Coordonnées du responsable du renvoi
(s'il s'agit d'une autre personne que le client/la cliente)**

<input type="checkbox"/> Plus proche parent (famille, parenté) <input type="checkbox"/> Mandataire spécial <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Porte-parole <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas/Professionnel de la santé
Nom de famille, prénom :	Organisme :
Lien de parenté :	N° de téléphone (bureau) :
N° de télécopieur :	Courriel :

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible aux services du CERD, la réponse aux questions ci-dessous doit être « Oui ».		Oui	Non
1	Le client/la cliente doit avoir un handicap physique permanent et avoir besoin de services de soutien personnels de façon permanente afin de pouvoir rester dans la communauté.		
2	Le client/la cliente doit avoir 16 ans ou plus.		
3	Le client/la cliente doit avoir une carte Santé valide de l'Ontario.		
4	Le réseau de santé communautaire existant doit pouvoir répondre aux besoins médicaux et professionnels du client/de la cliente.		
5	Le client/la cliente doit pouvoir diriger ses services ou être en mesure de le faire.		
6	Le client/la cliente doit pouvoir vivre seul/seule en toute sécurité (car l'aide est fournie sur rendez-vous).		

Si une évaluation RAI est disponible, veuillez joindre une copie et ne remplissez pas la section sur l'évaluation physique et fonctionnelle (pages 3 et 4). Passez à la page 5.

Évaluation physique

Code : **1** - Pas de problème **2** - Besoin d'aide technique **3** - Problème

Vue	1	2	3	_____
Ouïe	1	2	3	_____
Communication	1	2	3	_____

Évaluation fonctionnelle

Code : **1** - Indépendant/Indépendante **2** - Assistance partielle **3** - Assistance complète

Mobilité à l'intérieur

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
Escaliers	1	2	3	_____
Fauteuil roulant	1	2	3	_____

Mobilité à l'extérieur

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
Escaliers	1	2	3	_____

Transferts

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
S'habiller	1	2	3	_____
Se replacer dans le lit	1	2	3	_____
Se replacer dans le fauteuil roulant	1	2	3	_____

Utilisation de la toilette

Vessie	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence
Intestins	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence

Indiquez la procédure relative aux soins liés à l'élimination urinaire/intestinale, l'équipement utilisé et le niveau d'assistance requis.

Code : **1** - Indépendant/Indépendante **2** - Assistance partielle **3** - Assistance complète

Hygiène corporelle

Douche/Bain	1	2	3	_____
Bain éponge	1	2	3	_____
Soins des lésions cutanées	1	2	3	_____

Soins personnels

Cheveux	1	2	3	_____
Rasage	1	2	3	_____
Bouche/Dents	1	2	3	_____

Préparation des repas

Déjeuner	1	2	3	_____
Dîner	1	2	3	_____
Souper	1	2	3	_____
Assistance pour manger	1	2	3	_____

Indiquez comment vous gérez l'entretien ménager, le lavage et l'achat d'épiceries.

Entretien ménager	1	2	3	_____
Lavage	1	2	3	_____
Achat d'épiceries	1	2	3	_____

Nom de la personne remplissant ce formulaire (s'il ne s'agit pas de l'auteur de la demande)

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien de parenté
avec l'auteur de la demande : _____

Je confirme, qu'à ma connaissance, les renseignements
indiqués ci-dessus reflètent ma situation.

Signature de
l'auteur de la demande : _____

Témoin : _____

Date : _____

Retournez le formulaire rempli au :

CERD - Centre et réseau d'indépendance

par la poste ou en personne :

765, chemin Brennan, Sudbury (Ontario) P3C 1C4

ou

par courriel : info@ican-cerd.com

ou

par fax : 705-673-6682