

Demande reçue par	
N° téléphone	Date de réception
Reçue par : Courriel <input type="checkbox"/> – Télécopieur <input type="checkbox"/> – De main à main <input type="checkbox"/> – Autre <input type="checkbox"/> :	

DEMANDE DE SOUTIEN
(section 1)

Demandeur

Prénom
Nom
Date de naissance / / (jour/mois/année)
N° téléphone - - N° cellulaire - -
Adresse courriel

Adresse

Adresse
Ville
N° d'appartement Code Postal

Propriétaire du domicile à adapter

Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/>
Nom et prénom du propriétaire bailleur
N° téléphone - - N° cellulaire - -

Répondant si requis (lien avec le demandeur)

Prénom
Nom
Date de naissance / / (jour/mois/année)
N° téléphone - - N° cellulaire - -
Adresse courriel

Adresse																																	
Ville																																	
N° d'appartement					Code Postal																												

Personnes vivants avec le demandeur (ex. parent, sœur & frère, aide-soignant, ami(e), coloc, etc.)

Nom																		Lien															
Nom																		Lien															
Nom																		Lien															
Nom																		Lien															

Quel est votre contexte de vie actuel ? (résumé de votre situation et vos besoins)

Comment est-ce que l'intervention de la Fondation Adapte-Toit va-t-elle améliorer votre qualité de vie ?

Autres sources de soutien possibles (ex. agent d'indemnisation, assurance, programme PAD, etc.)

Source																		Reçue	<input type="checkbox"/>	En attente	<input type="checkbox"/>	Refusée	<input type="checkbox"/>
Source																		Reçue	<input type="checkbox"/>	En attente	<input type="checkbox"/>	Refusée	<input type="checkbox"/>
Source																		Reçue	<input type="checkbox"/>	En attente	<input type="checkbox"/>	Refusée	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE SUR L'AUTONOMIE

(section 2)

Renseignements sur votre condition physique et votre niveau d'autonomie

1. Souffrez-vous d'une lésion de la moelle épinière ? Oui – Non *Si oui ;*Est-ce une lésion : Traumatique(accident, chute, etc.) – Non traumatique(maladie, hernie, etc.) Niveau de la lésion : _____ Paraplégie – Tétraplégie → Partielle – Complète

Cause de la lésion : _____

2. Souffrez-vous d'un ou de plusieurs types de déficience(s) physique(s) ? Oui – Non *Si oui, de quel type de déficience s'agit-il ?*- Déficience motrice Oui – Non ; Membres inférieurs – Membres supérieurs - Déficience cardio-respiratoire Oui – Non - Déficience auditive Oui – Non - Déficience visuelle Oui – Non - Déficience intellectuelle Oui – Non - Déficience neurologique Oui – Non

- Autre type de déficience : _____

3. Utilisez-vous une aide technique à la mobilité ?

- Fauteuil roulant manuel

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Fauteuil roulant électrique

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Canne, béquille, ambulateur, marchette

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Triporteur ou quadriporteur

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Chaise d'aisance

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Lève-personne

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Lit ajustable (lit d'hôpital)

Ne s'applique pas – À l'intérieur du domicile – À l'extérieur du domicile

- Autres : _____

4. De quelle manière faites-vous les activités suivantes ?**A – Gestion de la santé**

- Pansements – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Gavage – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Médication – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète

B – Activités de la vie quotidienne

- Se laver – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- S’habiller – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Se nourrir – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Gérer sa continence – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Se déplacer dans mon environnement – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète

C – Activités de la vie domestique

- Faire les courses – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
 - Entretien ménager – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
 - Gérer ses biens – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
 - Se déplacer dans la communauté – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Êtes-vous inscrit au transport adapté ? – Oui – Non

D – Productivité

- Travail – Oui – Non
Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Études – Oui – Non
Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Bénévolat – Oui – Non
Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Rôle parental – Oui – Non
Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète

E – Loisirs – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète

Donnez-nous un bref aperçu de vos loisirs : _____

4. De quelle manière faites-vous les activités suivantes ? (suite)

F – Sécurité à domicile

- Contacter les services d'urgence – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Sortir du domicile en cas d'urgence – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Appeler du secours en cas de chute – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Verrouiller et déverrouiller la porte d'entrée – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète
- Identifier la personne et répondre à la porte – Seul – Avec aide partielle – Avec aide complète

5. Éléments relatifs au soutien à domicile

- Recevez-vous de l'aide du CLSC afin de faciliter votre maintien à domicile ? Oui – Non
Si oui, à combien d'heures par semaine avez-vous droit ? _____
Est-ce que ces heures de service d'aide suffisent à répondre à tous vos besoins ? Oui – Non
- Recevez-vous de l'aide d'un organisme afin de faciliter votre maintien à domicile ? Oui – Non
Si oui, quel(s) organisme(s) : _____
Type d'aide reçue : _____

- Recevez-vous de l'aide d'un proche-aidant afin de faciliter votre maintien à domicile ? Oui – Non
Si oui, réside-t-il actuellement avec vous ? Oui – Non
Quel est votre lien ? _____

DIVULGATION DES SOURCES DE REVENUS ET AVOIRS PERSONNELS

(section 3)

Revenus

1. Montant inscrit à la ligne 150 de votre avis de cotisation fédéral : _____ \$
2. Êtes-vous prestataire de la sécurité du revenu ? Oui – Non Si oui, fournir une copie de votre relevé 5
3. Recevez-vous une allocation au logement ? Oui – Non Si oui, quel est le montant annuel _____ \$
4. Bénéficiez-vous du supplément au loyer ? Oui – Non Si oui, quel est le montant annuel _____ \$
5. Recevez-vous une pension alimentaire ? Oui – Non Si oui, quel est le montant annuel _____ \$
6. Êtes-vous prestataire d'une assurance ? Oui – Non Si oui, quel est le montant annuel _____ \$

1. Êtes-vous propriétaire de votre résidence principale ? Oui <input type="checkbox"/> – Non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle est sa valeur d'évaluation inscrite sur votre dernier compte d'impôt foncier ? _____ \$
2. Êtes-vous propriétaire d'une résidence secondaire et/ou d'un chalet ? Oui <input type="checkbox"/> – Non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle est sa valeur d'évaluation inscrite sur votre dernier compte d'impôt foncier ? _____ \$
4. Êtes-vous propriétaire d'une propriété à revenus ? Oui <input type="checkbox"/> – Non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle est sa valeur d'évaluation inscrite sur votre dernier compte d'impôt foncier ? _____ \$
5. Détenez-vous un ou des placements (REER, REEI, fonds communs, actions, etc.) ? Oui <input type="checkbox"/> – Non <input type="checkbox"/> Si oui, quel(s) type(s) de placement(s) et pour quel(s) montant(s) ? _____
6. Êtes-vous propriétaire d'un commerce ou d'une entreprise ? Oui <input type="checkbox"/> – Non <input type="checkbox"/> Si oui ; Nom : _____ Valeur aux livres comptables : _____ Pourcentage d'actionariat : _____

Constitution de votre ménage

1. Nombre total de personnes dans votre ménage : _____
2. Ménage composé d'un couple seulement <input type="checkbox"/>
3. Nombre d'adultes : _____
4. Nombre d'enfants : _____
5. Nombre de personnes à charge : _____

En signant le présent document, j'accepte et autorise la Fondation Adapte-Toit à utiliser à des fins de sensibilisation et de promotion pour la Fondation et la cause de la lésion médullaire mon nom, mon histoire, ma photographie, du matériel vidéo de moi, ainsi que le montant de la subvention qui m'est accordée. Je m'engage également à collaborer avec la Fondation à titre de porte-parole bénévole.

Initiales : demandeur _____ – répondant _____

J'atteste que ces informations sont complètes et véridiques et que je n'ai en aucune façon travesti, falsifié ou omis des faits qui pourraient invalider ce formulaire ou influencer la décision de la Fondation Adapte-Toit. J'autorise la Fondation Adapte-Toit et ses représentants à obtenir ou échanger des renseignements personnels avec tout professionnel du milieu, médecin, propriétaire du logement que j'occupe, s'il y a lieu, et personnes mentionnées dans ce document, afin d'évaluer l'admissibilité de ma demande. Les renseignements recueillis seront utilisés seulement aux fins de la présente demande d'aide et seront traités de façon totalement confidentielle pour toute la durée du traitement de la demande. Si une entente de soutien m'est accordée, cette autorisation demeurera valide pour toute la durée de l'intervention.

Tout demandeur et/ou répondant doit présenter une pièce d'identité valide avec photo.

Signature en qualité de : demandeur – répondant

Date