

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM – PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____
_____ CODE POSTAL :

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ NO ASS. MALADIE :
ANNÉE MOIS JOUR DATE D'EXPIRATION : _____

SI PERSONNE INAPTE NOM DU RÉPONDANT : _____ TÉLÉPHONE _____

TYPE DE RÉSIDENCE : DOMICILE RTF RI RAC CHSLD
 AUTRE : _____ NOM : _____

DIAGNOSTIC : _____
CERTIFICAT MÉDICAL : JOINT À LA PRÉSENTE DEMANDE À VENIR

SOURCES DE REVENU

* S'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, indiquez les sources de revenu des parents

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi | <input type="checkbox"/> Régime des rentes du Québec (RRQ) |
| <input type="checkbox"/> Centre local d'emploi (aide sociale) | <input type="checkbox"/> Pension de vieillesse et supplément du revenu |
| <input type="checkbox"/> CSST | <input type="checkbox"/> Sécurité du revenu |
| <input type="checkbox"/> SAAQ | <input type="checkbox"/> Prestations d'assurances personnelles |

Autres :

- Assurances privées couvrant en partie les équipements
% de couverture : _____
- Allocation supplémentaire d'aide sociale couvrant en partie les équipements
Montant prévu à cet effet : _____
- Allocation supplémentaire d'aide sociale pour personne paraplégique
- Allocation de fournitures pour stomie et coléostomie
- Autres : _____

ENGAGEMENT À COLLABORER À MON PLAN D'INTERVENTION

Je soussigné(e) _____ déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je m'engage à aviser le Programme des Aides matérielles (PAM) de tout changement dans ma situation. J'autorise le PAM à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de ma demande aux personnes concernées.

Signature _____

_____ Date

Témoin à la signature