



NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

PROGRAMME DES AIDES MATÉRIELLES (PAM) DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM-PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____
ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ NO RAMQ : _____ EXP. : _____
SI PERSONNE INAPTE :
NOM DU RÉPONDANT : _____ TÉLÉPHONE : _____
TYPE DE RÉSIDENCE : DOMICILE RTF RI RAC CHSLD
DIAGNOSTIC : _____
CERTIFICATI MÉDICAL : JOINT À LA DEMANDE À VENIR

SOURCES DE REVENU

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