



DOSSIER :

NOM :

PRÉNOM :

N.A.M. :

D.D.N. :

PÈRE :

MÈRE :

**PROGRAMME DES AIDES MATÉRIELLES (PAM)
RÉASSIGNATION D'ÉQUIPEMENTS**

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
 AUTRE : _____ NOM : _____

CLIENT CONNU

DU PAM : OUI (RENOUVELLEMENT) NON SI NON - COMPÉTER LE FORMULAIRE « **DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ** »

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS

Je m'engage à remplir mes responsabilités en tant que personne mandatée par l'établissement demandeur. J'atteste que cette personne répond aux critères d'admissibilité du programme et qu'elle est reconnue comme personne handicapée au sens de la loi.

Signature de l'ergothérapeute

Date

Établissement

Téléphone

À détacher avant de classer au dossier du client

Nom de l'ancien bénéficiaire :	
Type d'équipement :	
Numéro d'inventaire :	