



DOSSIER :

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

**PROGRAMME DES AIDES MATÉRIELLES (PAM)  
RECOMMANDATION 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** »

PRIORISATION  DANGER IMMÉDIAT POUR LA PERSONNE ET SES AIDANTS  AUCUN DANGER IMMÉDIAT  
**URGENT**  AUCUN ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE **NON-URGENT**  ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE

LIMITATIONS FONCTIONNELLES	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS

