

Numéro d'assurance maladie du Québec

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Première demande
 Réévaluation
 Ajout/Modification
 Date : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____ F H

Date de naissance : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Adresse : _____ App. _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ () _____
Principal Secondaire

Correspondance :
 Français
 Anglais
 Correspondance au répondant

Correspondance par courriel :
 Oui Adresse courriel : _____
 Non

2. IDENTIFICATION DU (DE LA) RÉPONDANT (E) DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec la personne qui fait la demande

Père-mère
 Tuteur (trice)
 Conjoint(e)
 Curateur (trice)
 Autre (préciser) _____

Adresse (si différent de l'usager): _____
No Rue App.

Ville Québec Code postal
Province

Téléphone : () _____ () _____
Principal Secondaire

3. IDENTIFICATION DU CRÉANCIER AU NOM DUQUEL LES PAIEMENTS SERONT EFFECTUÉS :

Personne handicapée
 Répondant
 Transporteur

Autre →Nom (si différent de 1) : _____

Adresse : _____

4. INDIQUEZ LA SOURCE DE VOS REVENUS

(S'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la **source de revenu des parents**)

Emploi (ou emploi du conjoint ou de la conjointe)
 Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)
 Pension de sécurité de la vieillesse et supplément du revenu
 Prestations d'assurances personnelles
 Régime des rentes du Québec (RRQ)
 Solidarité sociale (Aide financière)
 Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ)
 Autres, précisez : _____

5. ATTESTATION DE VOTRE DIAGNOSTIC PRÉCIS

Veuillez joindre à cette demande une attestation médicale ou un rapport d'un(e) professionnel(le) reconnu(e) du réseau de la Santé et des Services Sociaux attestant votre diagnostic et votre déficience.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES* (à compléter seulement si ces informations n'apparaissent pas dans le rapport fourni à cette demande):

Nom(s) correspondant(s) à votre (vos) déficience(s) : _____

Décrivez brièvement vos (vos) déficiences (s), ainsi que les limitations physiques, intellectuelles ou autres que vous vivez :

Cause de votre (vos) déficience(s) :

Acquis à la naissance

Due à une maladie

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Causé par un accident de travail

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Causé par un accident de la route

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Autre

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Précisez : _____

Aide technique :

Devez-vous utiliser des aides techniques (prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser votre (vos) limitation(s)) ?

Si oui, lesquelles ?

*Le personnel professionnel de la Santé et des Services Sociaux peut écrire les informations de l'attestation médicale dans cette section s'il ne joint pas de rapport à cette demande en autant qu'il appose sa signature dans le bas de la page 3.

6. DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par le professionnel du secteur social ou médical)

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie	<input type="checkbox"/>	Hémodialyse	<input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée	<input type="checkbox"/>	Orthophonie	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	Physiothérapie	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	_____	

Décrire brièvement le service : _____

Nom du point de service : _____

Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année

Période prévue : Du _____ / _____ / _____ Au _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année Jour Mois Année

Mode de transport

<input type="checkbox"/> Véhicule personnel	<input type="checkbox"/> Transport adapté	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Transport bénévole	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits	Accompagnateur	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/> Hôtel	<input type="checkbox"/> Parents/amis				

Repas

Personne handicapée	Déjeuner	<input type="checkbox"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Souper	<input type="checkbox"/>
Accompagnateur	Déjeuner	<input type="checkbox"/>	Dîner	<input type="checkbox"/>	Souper	<input type="checkbox"/>

6. DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par le professionnel du secteur social ou médical)

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie Hémodialyse
Éducation spécialisée Orthophonie
Ergothérapie Physiothérapie
Autres, (précisez) :

Décrire brièvement le service : _____
Nom du point de service : _____
Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année
Période prévue : Du _____ / _____ / _____ Au _____ / _____ / _____
Jour Mois Année Jour Mois Année

Mode de transport

Véhicule personnel Transport adapté Transport en commun
 Transport bénévole Taxi Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits Accompagnateur Oui Non
 Hôtel Parents/amis

Repas

Personne handicapée Déjeuner Dîner Souper
Accompagnateur Déjeuner Dîner Souper

6. DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par le professionnel du secteur social ou médical)

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie Hémodialyse
Éducation spécialisée Orthophonie
Ergothérapie Physiothérapie
Autres (précisez) :

Décrire brièvement le service : _____
Nom du point de service : _____
Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année
Période prévue : Du _____ / _____ / _____ Au _____ / _____ / _____
Jour Mois Année Jour Mois Année

Mode de transport

Véhicule personnel Transport adapté Transport en commun
 Transport bénévole Taxi Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits Accompagnateur Oui Non
 Hôtel Parents/amis

Repas

Personne handicapée Déjeuner Dîner Souper
Accompagnateur Déjeuner Dîner Souper

7. IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nom _____ Prénom _____ Fonction _____

Nom du point de service _____

Adresse _____

Téléphone () _____ Date _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Signature de l'intervenant _____

Adresse courriel : _____

