MARCH OF DIMES CANADA LA MARCHE DES DIX SOUS DU CANADA

Demande de services – Lésions cérébrales

Ce formulaire est conforme à la Politique BI 02 01

Objectif

La Marche des dix sous du Canada (MDSC) recueille des renseignements personnels à diverses fins, notamment pour la prestation de services, la collecte de fonds, la gestion de la qualité, la recherche, la facturation et le respect des exigences légales et réglementaires.

La MDSC utilise plusieurs mesures de sauvegarde pour protéger les renseignements personnels et en assurer la confidentialité. Elle ne communiquera aucun renseignement personnel à des tiers, à moins qu'une telle demande ne soit directement liée à la prestation ou à l'amélioration des services qu'elle offre, ou à moins qu'une loi canadienne ne l'exige.

Une fois que les objectifs auxquels ont servi les renseignements personnels sont atteints, les données qui ne sont plus nécessaires seront détruites, effacées ou rendues anonymes. La MDSC a adopté des lignes directrices et des procédures visant à empêcher tout accès non autorisé aux données et à encadrer la destruction des renseignement personnels.

La version complète de la Politique de confidentialité de la MDSC est disponible sur le site Web de l'organisation ou sur demande.

Consentement

Je comprends pleinement les raisons pour lesquelles la Marche des dix sous du Canada (MDSC) m'a demandé de fournir mes renseignements personnels et je consens à ce que la MDSC utilise mes renseignements personnels aux fins indiquées. Je comprends également que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve des restrictions légales ou contractuelles et d'un préavis raisonnable, et que la MDSC m'informera des conséquences si je retire mon consentement.

Nom du demandeur [mandataire spécial en fonction si autorisé] *(en lettres moulées svp)* :	Signature :	Date : *(mm/jj/aa)*
Nom du témoin * *(en lettres moulées svp)* :	Signature :	Date : *(mm/jj/aa)*
Nom du superviseur/gestionnaire du programme/représentant *(en lettres moulées svp)* :	Signature :	Date : *(mm/jj/aa)*

*La signature d'un témoin est requise seulement lorsque le demandeur est incapable de signer.

MARCH OF DIMES CANADA | LA MARCHE DES DIX SOUS DU CANADA

Demande de services – Lésions cérébrales

Ce formulaire est conforme à la Politique BI 02 01

REMARQUE :
Ce formulaire est utilisé seulement pour faire une demande dans le cadre du programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales de la MDSC. Si le programme Services d'auxiliaires vous intéresse aussi, vous pouvez télécharger le formulaire de demande de services à l'adresse : https://www.marchofdimes.ca/en-ca/programs/acsh/attendantcare/Pages/default.aspx ou communiquer avec votre bureau régional de la MDSC.

Nom du demandeur :	**Pour usage interne seulement**
Date :	**N° de client :**

Liste des bureaux – Services de soutien communautaire – Marche des dix sous du Canada

Vous pouvez présenter une demande de services à plus d'un bureau ou emplacement. Le programme Services auxiliaires et le programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales exigent que vous présentiez une demande de services distincte pour chaque programme. Veuillez choisir tous les bureaux/emplacements qui s'appliquent ci-dessous :

***Si un demandeur décline l'offre de services qu'il reçoit de l'un ou de plusieurs des bureaux/emplacements qu'il a choisis, son nom sera retiré de la liste d'attente de ces bureaux/emplacements. De plus, la date à laquelle il a décliné l'offre deviendra sa nouvelle date de dépôt d'une demande pour tous les autres bureaux/emplacement où il pourrait présenter une demande de services.**

LÉGENDE

AS – Services d'auxiliaires | **BI – Lésions cérébrales** | **OAS – Services d'auxiliaires de proximité**
OS – Services de proximité | **SHP – Programme de logement supervisé** | **CC – Soins collectifs**
C. à c. – Chambre à coucher | **ALC – Autres niveaux de soins**

EMPLACEMENTS	BUREAUX
☐ **Centre de l'Ontario** Services de soutien communautaire Oak Ridges 13311, rue Yonge, bur. 202 Richmond Hill ON L4E 3L6 905-773-7758 poste 6216 1-800-567-0315 poste 6216 Téléc. : (905) 773-5176	☐ **Simcoe Region : BI Community Outreach Groups** 136001 ☐ **York Region : BI Community Outreach Groups** 136001 ☐ **York /Simcoe : York-Simcoe Brain Injury Services** OS 119011 ☐ **Newmarket : Heritage East** SHP BI 136004 1 c. à c., zones partagées 2 c. à c. ☐ **Région de York :** BI OS 136002
☐ **Centre de Toronto** Services de soutien communautaire 151, rue Mill, bur. 313 Toronto ON M5A 4T8 **4**16-922-2881	☐ **Toronto : Cooperage St.**, BI SHP 118008 1 c. à c.
☐ **Est de l'Ontario** Services de soutien communautaire Office 6, Glenn Wood Place Brockville ON K6V 2T3 1-888-252-9008 poste 6408 Téléc. : 613-342-7636	☐ **Brockville/Smiths Falls :** BI 132002

MARCH OF DIMES CANADA | LA MARCHE DES DIX SOUS DU CANADA

Demande de services – Lésions cérébrales

Ce formulaire est conforme à la Politique BI 02 01

EMPLACEMENTS	BUREAUX
☐ **Nord-est de l'Ontario** 96, rue Larch, bur. 400 Sudbury ON P3E 1C1 Renseignements (BI) : 705-671-3188 Téléc. : 705-671-6240	☐ **Espanola/Manitoulin :** BI OS 135006 ☐ **Elliot Lake :** BI 135006 ☐ **Kirkland Lake/Temiskaming :** BI OS 135006 ☐ **North Bay :** BI OS 135006 ☐ **Sault Ste. Marie :** BI OS 135006 ☐ **Sudbury :** BI OS 135006 ☐ **Timmins :** BI OS 135006 ☐ **Centre de jour Sudbury** : BI 135005 ☐ **Sudbury :** BI SHP 135009 1 c. à c. ☐ **Sudbury Congregate Care :** 135011 ☐ **Sault Ste. Marie Congregate Care :** 135008

À moins d'indication contraire dans une section, vous devez fournir les renseignements demandés dans le présent formulaire pour nous permettre d'évaluer votre admissibilité à recevoir des services dans le cadre du programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales. Vos renseignements personnels resteront confidentiels et seront communiqués seulement aux personnes qui en ont besoin pour évaluer votre demande de services ou vous fournir des services.

	Pour usage interne seulement :			
	Type de client : ☐ Services payés par le client ☐ Client orienté vers la MDSC par : *(précisez)* :			
***Indique les champs obligatoires**	Nº du client :	Code de handicap :	Timbre-dateur :	Initiales :

Renseignements sur le demandeur

Salutation (optionnel)	***Prénom :**	***Nom de famille :**

Nom d'usage :	**Pronom d'usage (optionnel) :**

*** Adresse municipale *(nº, rue, bureau)* :**

***Ville :**	***Province** *(abréviation à deux lettres)* :	***Code postal :**

***Tél. (rés.) :** ( )	**Téléc. :** ( )
Tél. (cell.) : ( )	**Courriel :**
***Genre :** ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Préfère ne pas répondre	**État civil :** ☐ Marié(e) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(veuve)

***Date de naissance** (mm/jj/aa) :	***Avez-vous une carte Santé valide de l'Ontario?** ☐ Oui ☐ Non (Il faudra la montrer à l'entrevue de prise en charge)	***Date d'expiration de la carte Santé (mm/jj/aa)** : **(OU)** ☐ **carte rouge et blanche**

Renseignements sur le médecin de famille

Nom :	

Adresse :	**Nº de téléphone :**

Renseignements sur la personne à contacter en cas d'urgence

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Relation avec le demandeur :	**N° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :**

Adresse de la personne à contacter en cas d'urgence :

Nom de la personne qui a orienté le demandeur vers la MDSC :

Organisation :

Relation avec le demandeur :

Adresse :

Téléphone :

Documents confirmant les lésions cérébrales subies : ☐ **Ci-joints** ☐ **Devront être fournis**

Quel type de service du programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales est demandé pour l'emplacement indiqué :

Sous-programme : ☐ Services de proximité (OS) ☐ Programme de logement supervisé (SHP)

☐ Habitation avec soins collectifs ☐ Groupes

Si vous présentez une demande pour le Programme de logement supervisé, veuillez indiquer le nombre de chambres à coucher nécessaires :

Avez-vous déjà présenté une demande de services à la Marche des dix sous du Canada :
☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain(e)

Dans l'affirmative, quand? *(mm/jj/aa)* : **Pour quel service? :**

Langue(s) parlées : ☐Anglais ☐ Français ☐ Langue des signes ☐ Autre *(précisez)* :
Quelle est votre langue maternelle?

Si votre langue maternelle n'est pas le français ou l'anglais, dans quelle langue officielle du Canada êtes-vous le plus à l'aise? ☐ *Anglais* ☐ *Français*

(Les données sont recueillies à des fins statistiques seulement. Elles ne servent pas à déterminer votre admissibilité aux services.)

Origine ethnique : ☐ Afrique ☐ Asie ☐ Inde/Pakistan ☐ Autre pays d'Europe
☐ Autochtone (Canada/États-Unis) ☐ Espagne/Portugal ☐ Autre ☐ Refuse de répondre/Aucune réponse

Renseignements sur le handicap ou les antécédents médicaux

Date de la blessure *(mm/jj/aa) :*

Type de blessure ou cause de la blessure :

☐ Anoxie
☐ Agression
☐ Chute
☐ Accident de véhicule automobile
☐ Sports
☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)
☐ Tumeur
☐ Infection virale
☐ Blessure liée au travail
☐ Autre :

Circonstances entourant l'apparition de la blessure :

Avez-vous déjà subi une blessure causée par un véhicule automobile ou le travail? ☐ Oui ☐ Non

Établissements de soins médicaux ou de réadaptation précédents

Nom de l'établissement	Durée du séjour

Veuillez indiquer tout autre handicap ou problème de santé qui peut affecter la prestation de vos services (p. ex., problème de santé non contrôlé, diabète, difficulté à avaler, allergies, maladies transmissibles, diète spéciale, maladie du cœur) :

Évaluation neuropsychologique terminée : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Date de fin d'évaluation : *(mm/jj/aa)* | **Évaluation faite par qui?**

Adresse :

Téléphone :

Précautions à prendre en raison des problèmes de santé indiqués ci-dessus :

Médication en cours

Médicament	Dosage	Raisons

Qui administre les médicaments :

Le demandeur : ☐ Oui ☐ Non **Autres personnes :** ☐ Oui ☐ Non

Veuillez décrire :

Crises

Avez-vous des crises : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Dans l'affirmative, date de la dernière crise :

Veuillez décrire les crises plus en détail :

Avez-vous une ordonnance de non-réanimation : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Documents confirmant l'ordonnance de non-réanimation : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Antécédents médicaux avant l'apparition de la lésion cérébrale

Veuillez indiquer les maladies, les blessures ou les diagnostics reçus avant l'apparition de la lésion cérébrale, ainsi que les hospitalisations, les traitements, etc. s'y rattachant *(si vous avez besoin de plus d'espace, annexez une autre feuille au formulaire)***.**

Appareils et accessoires fonctionnels

Veuillez indiquer lesquels parmi les suivants vous utilisez, le cas échéant :

- ☐ Canne/béquilles/déambulateur
- ☐ Fauteuil roulant (électrique/manuel)
- ☐ Triporteur/quadriporteur
- ☐ Alimentation par sonde gastrique
- ☐ Ventilateur/assistance respiratoire
- ☐ Orthèses
- ☐ Banc de bain
- ☐ Barres d'appui
- ☐ Siège de toilette surélevé
- ☐ Lève-personne (Hoyer, fixé à un rail de plafond)
- ☐ Trachéotomie
- ☐ Appareils de communication
- ☐ Aides techniques (p. ex., Palm pilot)
- ☐ Autre (veuillez *préciser*) :

Entretien des appareils et accessoires indiqués ci-dessus *(incluant la recharge des batteries des appareils électroniques) :*

Renseignements à caractère social

Conditions d'hébergement	Mode de vie
☐ Maison (locataire) ☐ Maison (propriétaire) ☐ Maison (famille ou ami) ☐ Hôpital pour enfants ☐ Hôpital pour convalescents ☐ Établissement de soins de longue durée ☐ Hôpital (nommez-le svp) : ☐ Institution ☐ Autre *(veuillez expliquer) :*	☐ Vit seul(e) ☐ Vit seul(e) avec des enfants à charge ☐ Vit avec ses parents ou beaux-parents ☐ Vit avec un(e) conjoint(e) ou d'autres adultes ☐ Vit avec un(e) conjoint(e) ou d'autres adultes et des enfants à charge ☐ Vit dans une habitation collective avec du personnel de soutien ☐ Autre *(veuillez expliquer)* :

Demandeurs qui sont actuellement à l'hôpital ou dans une unité de réadaptation

Date prévue du congé de l'hôpital :

Quelles seront vos conditions de vie une fois que vous aurez obtenu votre congé de l'hôpital ou de l'unité de réadaptation?

Prise de décision

Avez-vous un mandataire spécial actuellement en fonction? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Procureur au soin de la personne : ☐ Oui ☐ Non **Tuteur légal :** ☐ Oui ☐ Non
Procureur pour la gestion des biens : ☐ Oui ☐ Non **Tuteur/curateur public :** ☐ Oui ☐ Non

Veuillez fournir des documents justificatifs si l'une des situations ci-dessus s'applique à vous :

Y a-t-il eu une évaluation des capacités? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de l'évaluation à la présente demande.

Services actuellement reçus *(indiquez tous les services de soutien que vous recevez actuellement))*

Service	Nom de l'organisation ou du fournisseur	Nombre de visites par semaine/mois	Durée de chaque visite
Entretien ménager			
Physiothérapie			
Ergothérapie			
Soins infirmiers			
Services d'auxiliaires			
Médecins (psychologues, psychiatres, neurologues, etc.)			
Autre *(précisez)* :			
Autre *(précisez)* :			

Autres professionnels ou organisations actuellement concernés par la prestation de services

Service	Entreprise	Personne-ressource	Téléphone
Expert en sinistres			
Avocat			
Gestionnaire de cas			
Autre			

Veuillez décrire le soutien que vous recevez en ce moment des membres de votre famille et de vos amis :

Quelles sont les activités que vous aimez faire en ce moment?

Veuillez indiquer sur lesquels des sujets suivants vous souhaitez travailler afin de fixer des objectifs. Veuillez ajouter tout autre domaine qui vous intéresse et qui n'est pas listé :

- ☐ Apprendre à diriger les services que vous recevez
- ☐ Gestion du comportement
- ☐ Habiletés cognitives
- ☐ Habileté pour la communication
- ☐ Saine alimentation/cuisine
- ☐ Activités de loisirs
- ☐ Gestion des finances
- ☐ Intégration dans la communauté
- ☐ Trouver des occasions dans les domaines de la formation, du travail et du bénévolat
- ☐ Socialisation
- ☐ Sécurité personnelle à la maison et dans la communauté
- ☐ Rendre votre maison plus accessible
- ☐ Condition physique
- ☐ Autre :

Veuillez indiquer vos expériences de bénévolat et vos emplois :

Diplôme ou niveau scolaire le plus élevé que vous avez réussi :	**Si vous fréquentez un établissement scolaire, indiquez son nom :**

Commentaires supplémentaires :

Déclaration de confidentialité

La Marche des dix sous du Canada (MDSC) s'engage à traiter les renseignements personnels qui vous concernent, ainsi que les membres de votre famille, d'une manière professionnelle, respectueuse et conforme aux lois. La MDSC recueille, utilise et communique des renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à notre Politique de confidentialité. Nous utilisons vos renseignements personnels, et ceux qui concernent les membres de votre famille, aux fins suivantes :

i) Communiquer avec vous au sujet de l'état de votre/vos demande(s).
ii) Recueillir vos commentaires au sujet des services que vous recevez de la MDSC.
iii) Fournir, à vous et à d'autres personnes, des renseignements au sujet de la MDSC.
iv) Nous conformer aux lois et aux règlements qui exigent la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels dans le cadre du programme Services d'auxiliaires.

Les renseignements personnels recueillis à votre sujet et au sujet des membres de votre famille comprennent les renseignements que vous avez fournis dans votre demande d'aide financière et tout renseignement supplémentaire ou mis à jour que nous pourrions recueillir auprès de vous dans le futur.

Renseignements supplémentaires sur le demandeur *(Les données de cette section sont recueillies à des fins statistiques seulement. Elles ne servent pas à déterminer votre admissibilité aux services de la MDSC.)*

Éducation :

- ☐ 6e année et moins
- ☐ 7e année
- ☐ 8e année
- ☐ 9e année
- ☐ 10e année
- ☐ 11e année
- ☐ 12e année
- ☐ Diplôme d'étude secondaires
- ☐ École de commerce /Enseignement professionnel
- ☐ Collège communautaire
- ☐ Diplôme en droit
- ☐ Doctorat
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Préfère ne pas répondre

***Revenu personnel par année :** *(cochez une seule case)*

- ☐ Moins de 5 000 $
- ☐ 5 000 $ - 9 999 $
- ☐ 10 000 $ - 14 999 $
- ☐ 15 000 $ - 19 999 $
- ☐ 20 000 $ – 24 999 $
- ☐ 25 000 $ – 29 000 $
- ☐ 30 000 $ – 34 999 $
- ☐ 35 000 $ – 39 999 $
- ☐ 40 000 $ - 44 999 $
- ☐ 45 000 $ - 49 999 $
- ☐ 50 000 $ - 54 999 $
- ☐ 55 000 $ ou plus
- ☐ Préfère ne pas répondre

*** Revenu du ménage par année :** *(cochez une seule case)*

- ☐ Moins de 5 000 $
- ☐ 5 000 $ - 9 999 $
- ☐ 10 000 $ - 14 999 $
- ☐ 15 000 $ - 19 999 $
- ☐ 20 000 $ – 24 999 $
- ☐ 25 000 $ – 29 000 $
- ☐ 30 000 $ – 34 999 $
- ☐ 35 000 $ – 39 999 $
- ☐ 40 000 $ - 44 999 $
- ☐ 45 000 $ - 49 999 $
- ☐ 50 000 $ - 54 999 $
- ☐ 55 000 $ ou plus
- ☐ Préfère ne pas répondre

Source(s) de revenu personnel :

- ☐ Emploi
- ☐ Pension alimentaire
- ☐ CSPAAT
- ☐ Épargne/fiducie
- ☐ Régime de pensions du Canada
- ☐ Allocations familiales
- ☐ Régime de retraite privé
- ☐ Prestations d'assurance
- ☐ Régime de retrait d'entreprise
- ☐ Pension d'invalidité d'anciens combattants
- ☐ Assurance-emploi
- ☐ Autre *(p. ex., POSPH)*
- ☐ Préfère ne pas répondre

Attestations et signatures

Si le demandeur est seulement capable de donner un consentement verbal, la signature d'un témoin est requise. Le cas échéant, le témoin atteste que :

-le demandeur a confirmé que le superviseur ou son représentant lui a expliqué chacune des dispositions du présent document;

-le demandeur semble avoir pleinement compris le présent document.

Le présent formulaire peut être signé par le demandeur ou par son mandataire spécial en fonction. Lorsqu'un mandataire spécial en fonction signe un document, la Marche des dix sous du Canada doit avoir en main des pièces justificatives qui confirment le statut du mandataire spécial.

Je, _____, confirme que j'ai examiné la demande de services présentée dans le cadre du programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales et que les renseignements contenus dans la demande sont exacts et reflètent fidèlement mes besoins.

Dans l'éventualité où un employé de la Marche des dix sous du Canada ne parviendrait pas à communiquer avec moi au sujet du rang que j'occupe sur la liste d'attente, j'accepte que l'employé communique avec la personne qui m'a orienté vers les services de la MDSC et/ou la personne à contacter en cas d'urgence afin d'obtenir de l'aide pour me localiser.

Nom du demandeur/mandataire spécial en fonction *(écrire en lettres moulées)* :	**Signature :**	**Date** *(mm/jj/aa)* :
Nom du témoin *(si applicable – écrire en lettres moulées)* :	**Signature :**	**Date** *(mm/jj/aa)* :