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

# Demande de services – Services d'auxiliaires

Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

## Protection (confidentialité) des renseignements personnels du client

### 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 client [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 client est incapable de signer.

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

# Demande de services – Services d'auxiliaires

Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

**REMARQUE :**
Ce formulaire est utilisé seulement pour faire une demande de services dans le cadre du programme Services d'auxiliaires de la MDSC. Si le programme Services d'aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales vous intéresse aussi, vous pouvez télécharger le formulaire de demande de services à l'adresse : https://www.marchofdimes.ca/en-ca/programs/abi/ontario 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**<br>Services de soutien communautaire<br>13311, rue Yonge, bur. 202<br>Richmond Hill ON<br>L4E 3L6<br><br>905-773-7758 poste 6216<br>1-800-567-0315 poste 6216<br>Téléc. : 905-773-5176 | ☐ **Richmond Hill : Observatory Towers** SHP AS 119005 1, 2 c. à c.<br>☐ **Markham : Kin Village** SHP AS 119004 1, 2, 3 c. à c.<br>☐ **Thornhill :** SHP AS 119008 1, 3 c. à c.<br>☐ **Région de York :** OAS 119002<br>☐ **Vaughan Congregate Care :** CC AS 119009 1, 3 c. à c. |
| ☐ **Centre de Toronto**<br>Services de soutien communautaire<br>151, rue Mill, bur. 313<br>Toronto ON M5A 4T8<br>416-922-2881 | ☐ **Toronto : Université York** SHP AS 118006<br>☐ **Toronto : Meynell House** CC AS 118005<br>☐ **Toronto : Stephanie McCaul** SHP AS 118004 1 c. à c.<br>☐ **Toronto : Bloor St.** SHP AS 118007 1 c. à c.<br>☐ **Toronto : Cooperage St.** AS SHP 118008 1, 2, 3 c. à c.<br>☐ **Toronto : Maple House** SHP AS 118010 **programme ALC<br>☐ **Toronto : OAS** 118002<br>Dans la région de York et à Toronto, pour faire une demande de services aux programmes Services de proximité (OS) et Logement supervisé (SHP), vous devez télécharger et remplir le formulaire de l'organisme Attendant Services Application Centre (ASAC) sur le site Web du Centre for Independent Living Toronto (CILT) à l'adresse : http://cilt.ca/programs-and-services/asac/asac-application-and-guide. |
| ☐ **Est de l'Ontario**<br>Services de soutien communautaire<br>6, Glenn Wood Place<br>Brockville ON K6V 2T3<br>1-888-252-9008 poste 6408<br>Téléc. : 613-342-7636 | ☐ **Brockville :** AS SHP 111004 1 c. à c.<br>☐ **Brockville-Leeds/Grenville/Lanark :** OAS 111002<br>☐ **Ottawa-Barrhaven :** AS SHP 111005 1, 2 c. à c.<br>☐ **Pembroke-Renfrew :** OAS 111003 |

| EMPLACEMENTS | BUREAUX |
|---|---|
| ☐ **Durham Ontario**<br>Services de soutien communautaire<br>1615, rue Dundas Est, bur. 305<br>Whitby ON K1N 2L1<br><br>1-888-433-0240<br>Téléc. : 905-576-8020 | ☐ **Durham :** OAS 110003<br>☐ **Whitby : Dryden Heights** SHP AS 110005 1, 2 c. à c.<br>☐ **Oshawa : New Hope** SHP AS 110004 1, 2 c. à c. |
| ☐ **Nord-est de l'Ontario**<br>96, rue Larch, bur. 400<br>Sudbury ON P3E 1C1<br><br>Renseignements (AS) :<br>705-254-1099<br>Téléc. : 705-671-6240 | ☐ **Sault Ste. Marie : Cara** SHP AS 114014 1 c. à c.<br>☐ **Sault Ste. Marie : Northern** SHP AS 114003 1 c. à c.<br>☐ **Sault Ste. Marie : Programme pour aînés** AS 114012<br>☐ **Elliot Lake/Algoma :** OAS 114006<br>☐ **Sault Ste. Marie/Algoma :** OAS 114007 |
| ☐ **Sud de l'Ontario**<br>Services de soutien communautaire<br>3340, Schmon Parkway<br>Local 1E<br>Thorold ON L2V 4Y6<br><br>905-687-8484 poste 250<br>1-800-263-4742<br>Téléc. : 905-685-6651 | ☐ **Haldimand Norfolk Region :** OAS 113004<br>☐ **Niagara Falls : Stamford Kiwanis** SHP AS 113007 1, 2 c. à c.<br>☐ **Niagara-on-the-Lake : Collège Niagara** OAS 113003<br>☐ **Niagara Region :** OAS 113003<br>☐ **St. Catharines : Faith Lutheran** SHP AS 113010 1, 2 c. à c.<br>☐ **St. Catharines : Université Brock** OAS 113003<br>☐ **St. Catharines : Ridley Terrace** SHP AS 113009 1, 2 + 3 c. à c.<br>☐ **St. Catharines : Scott Street** SHP AS 113011 1, 2 c. à c.<br>☐ **Welland : Collège Niagara** OAS 113003 |
| ☐ **Centre-sud de l'Ontario**<br>Services de soutien communautaire<br>20, rue Jarvis<br>Hamilton ON L8R 1M2<br><br>905-528-4261 poste 4219<br>Téléc. : 905-528-7762 | ☐ **Burlington / North Halton :** OAS (112002-Halton N.)<br>☐ **Hamilton : Central Place** SHP AS 112006 1, 2 c. à c.<br>☐ **Hamilton : Jason's House** CC AS 112008<br>☐ **Hamilton :** OAS 112004<br>☐ **Hamilton : St. John's Place** SHP AS 112007 1, 2 c. à c.<br>☐ **Hamilton : Villa Verdi** SHP AS 112009 1, 2 c. à c. |
| ☐ **Sud-ouest de l'Ontario**<br>Services de soutien communautaire<br><br>111 Heritage Rd.<br>Unit 202<br>Chatham, ON N7M 5W7<br><br>519-963-6671<br>Téléc. : 519-963-6672 | ☐ **Chatham / Kent :** OAS 117004<br>☐ **Chatham Tecumseh :** SHP AS 117010 1 c. à c.<br>☐ **Chatham : Riverway** SHP AS 117011 1 c. à c.<br>☐ **Chatham : McNaughton** SHP AS 117012 1 c. à c.<br>☐ **Drayton : Conestoga Crest** SHP AS 117009 1 c. à c.<br>☐ **Sarnia / Lambton :** OAS 117005<br>☐ **Sarnia : Standing Oaks** CC AS 117015<br>☐ **Sarnia : Guernsey Gardens** SHP AS 117014 1 c. à c.<br>☐ **Sarnia : Ozanam Manor** SHP AS 117013 1 c. à c.<br>☐ **Sarnia : Maxwell Park Place** SHP AS 117016 1, 2 c. à c.<br>☐ **Wellington County :** OAS 117003 |

| EMPLACEMENTS | BUREAUX |
|---|---|
| ☐ **Centre-ouest de l'Ontario**<br><br>Services de soutien communautaire<br>2227, South Millway,<br>Bureau 305<br>Mississauga ON L5L 3R6<br>905-607-3463<br>Téléc. : 905-607-9856 | ☐ **Brampton/Caledon :** OAS 116002<br>☐ **Brampton : Fletcher's View** SHP AS 116007 1 c. à c.<br>☐ **Dufferin :** OAS 116005<br>☐ **Oakville : Oakville Supportive Living Centre** SHP AS 116013 1, 2 c. à c.<br>☐ **Oakville :** OAS 116004<br>☐ **Mississauga : Britannia Place** SHP AS 116010 1, 2 c. à c.<br>☐ **Mississauga :** OAS 116003<br>☐ **Mississauga : Surveyor's Point** SHP AS 116009 1, 2 c. à c. – 55 ans +<br>☐ **Mississauga : Weaver's Hill** SHP AS 116011 1, 2 c. à c.<br>☐ **Mississauga : Windsor Hill** SHP AS 116008 1, 2, 3 c. à c.<br>☐ **Shelburne :** SHP AS 116014 1 c. à c.<br>☐ **Etobicoke : Programme Seniors Supports for Daily Living** AS 16015 – 65 ans +<br>☐ **Mississauga : Programme Seniors Supports for Daily Living** AS 116012 – 65 ans + |

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

# Demande de services – Services d'auxiliaires

Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

*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 d'auxiliaires. 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**

| | |
|---|---|
| ***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 :**<br>☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Inconnu<br>☐ Non spécifique ☐ Préfère ne pas répondre | **État civil :**<br>☐ Marié(e) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Célibataire<br>☐ 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** (si applicable) : |

| | |
|---|---|
| **Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :** | **Relation de la personne à contacter en cas d'urgence avec le demandeur :** |
| **Adresse de la personne à contacter en cas d'urgence :** | **Nº de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :** |

**Type de service de soutien communautaire demandé pour l'emplacement indiqué :**

Programme : ☐ Services d'auxiliaires (AS)

Sous-programme : ☐ Services de proximité (OS) ☐ Programme de logement supervisé (SHP) ☐ Répi ☐ Soins collectifs (CC)

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

**Combien d'heures de soins par semaine demandez-vous à la MDSC approximativement? :**

☐ **Soins personnels : _____**

☐ **Entretien ménager (p. ex., ménage léger, lessive) : _____** ☐ **Autre (précisez) : _____**

**Avez-vous déjà présenté une demande aux Services de soutien communautaire :**
☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain(e)

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

**Langue(s) parlées :** ☐Anglais ☐ Français ☐ Langue des signes ☐ (ASL/LSQ) ☐ Autre :
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

**Coordonnées de la personne pouvant donner un consentement *(si autre que le demandeur)* :**

**Nom *(prénom et nom de famille)* :**

**Mandataire spécial en fonction :** ☐ Procureur au soin de la personne ☐ Procureur pour la gestion des biens ☐ Proche parent /conjoint(e)

| **Téléphone (rés.) :** ( ) | **Téléphone (bureau) :** ( ) Poste | **Autre nº de téléphone :** ( ) Ext. |
|---|---|---|
| **Téléphone (cell.) :** ( ) | **Courriel :** | |

**Coordonnées de la personne ayant orienté le demandeur vers la MDSC *(si autre que le demandeur)***

| **Client orienté par :** | **Nom de l'organisation :** |
|---|---|
| **Téléphone :** ( ) **poste** | **Télécopieur :** ( ) |

**Adresse :**

| **Ville :** | **Province :** | **Code postal :** |
|---|---|---|
| **Téléphone (cell.) :** ( ) | **Courriel :** | |

**Renseignements sur le handicap**

***Handicap primaire :** **Handicap secondaire :**

***Cause du handicap primaire :** ☐ Vieillissement ☐ Anomalie congénitale ☐ Acquis ☐ Accident de travail ☐ Accident à la maison ☐ Accident de véhicule automobile ☐ Agression ☐ Chute non liée au sport ☐ Sports

***Date de début du handicap primaire *(mm/jj/aa)* :**

**Autres problèmes de santé :**

1)

2)

3)

**Veuillez lister tous les appareils et accessoires fonctionnels que vous utilisez actuellement :**

| | |
|---|---|
| 1) | 5) |
| 2) | 6) |
| 3) | 7) |
| 4) | 8) |

| **Conditions d'hébergement** | **Mode de vie** |
|---|---|
| ☐ Maison (locataire)<br>☐ Maison (propriétaire)<br>☐ Maison (famille ou ami)<br>☐ Hôpital pour enfants<br>☐ Maison de soins infirmiers<br>☐ Hôpital de réadaptation<br>☐ Hôpital pour malades chroniques<br>☐ Résidence pour personnes âgées<br>☐ Institution | ☐ Vit seul(e)<br>☐ Vit seul(e) avec des enfants à charge<br>☐ Vit avec ses parents ou beaux-parents<br>☐ Vit avec un(e) conjoint(e) ou d'autres adultes<br>☐ Vit avec un(e) conjoint(e) ou d'autres adultes et des enfants à charge<br>☐ Vit dans une habitation collective avec du personnel de soutien<br>☐ Autre : |

**Services actuellement fournis par des professionnels/auxiliaires** *(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 | | | |
| Services relatifs aux lésions cérébrales | | | |
| Autre *(précisez)* : | | | |

**Quelle(s) méthode(s) de transfert utilisez-vous actuellement *(cochez toutes les cases appropriées)* :**

☐ Transfert sans aide ☐ Pivot – avec aide minimale ☐ Pivot – avec aide complète
☐ Levage à deux personnes ☐ Ceinture/planche/disque de transfert ☐ Lève-personne mécanique
☐ Supervision requise ☐ Autre (précisez) :

**Les évaluations en cours pour vos services sont-elles terminées?** ☐ Oui ☐ Non

**Sommes-nous autorisés à recevoir une copie des évaluations effectuées pour vos services actuels?**
☐ Oui ☐ Non

*(Dans l'affirmative, assurez-vous que le formulaire « Authorization to Obtain and/or Release Information » (Autorisation pour obtenir et/ou communiquer des renseignements)* [CSS 02-xx] est signé.*)*

***Veuillez remplir les tableaux suivants en inscrivant un X dans les cases appropriées.***

| Type d'aide | Aucune aide requise | Un peu d'aide requise | Aide complète requise (personnel) |
|---|---|---|---|
| **Transferts :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fauteuil à fauteuil | ☐ | ☐ | ☐ |
| Entrer/sortir du lit | ☐ | ☐ | ☐ |
| Entrer/sortir du bain/de la douche | ☐ | ☐ | ☐ |
| Asseoir sur la toilette/la chaise d'aisance et relever | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide d'une personne avec lève-personne | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide d'une personne sans lève-personne | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide de deux personnes avec lève-personne | ☐ | ☐ | ☐ |
| Supervision requise | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Positionner/retourner :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide d'une personne avec lève-personne | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide d'une personne sans lève-personne | ☐ | ☐ | ☐ |
| Supervision requise | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |

| Type d'aide | Aucune aide requise | Un peu d'aide requise | Aide complète requise (employé) |
|---|---|---|---|
| **Marcher :**<br>Précisez : | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Intestins et vessie :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vessie - condom collecteur urinaire | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vessie - sonde à demeure | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vessie - cathéter intermittent | ☐ | ☐ | ☐ |
| Intestins - suppositoires | ☐ | ☐ | ☐ |
| Intestins – stimulation digitale | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins pour stomie | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bassin de lit/urinoir | ☐ | ☐ | ☐ |
| Changement de couche | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Hygiène de base :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lavage des mains et/ou du visage | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins des pieds | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins de la bouche | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins des cheveux | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Prendre un bain ou une douche :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Habillage/déshabillage :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bas du corps | ☐ | ☐ | ☐ |
| Haut du corps | ☐ | ☐ | ☐ |
| Chaussures | ☐ | ☐ | ☐ |
| Boutons/fermetures à glissière/crochets | ☐ | ☐ | ☐ |
| Orthèses/prothèses | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Soins de la peau :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Repositionner durant la nuit | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins/traitements spéciaux pour la peau | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Préparation des repas :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuisiner | ☐ | ☐ | ☐ |
| Couper les aliments en morceaux | ☐ | ☐ | ☐ |
| Manger/alimentation | ☐ | ☐ | ☐ |
| Attelles | ☐ | ☐ | ☐ |
| Paille/boissons | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |

# Demande de services – Services d'auxiliaires

Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

| Type d'aide | Aucune aide requise | Un peu d'aide requise | Aide complète requise (employé) |
|---|---|---|---|
| **Entretien ménager léger/gestion du foyer :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Épousseter | ☐ | ☐ | ☐ |
| Passer la vadrouille/le balais/l'aspirateur | ☐ | ☐ | ☐ |
| Laver la vaisselle | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lessive | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sortir les déchets | ☐ | ☐ | ☐ |
| Faire le lit/changer les draps | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Soins respiratoires :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Exercices d'augmentation de la capacité pulmonaire (toux assistée manuellement/masque Ambu) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide pour l'administration d'oxygène | ☐ | ☐ | ☐ |
| Soins pour trachéotomie | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aspiration d'une trachéotomie | ☐ | ☐ | ☐ |
| VPPC (ventilation en pression positive continue) | ☐ | ☐ | ☐ |
| BiPAP (ventilation en pression positive à 2 niveaux) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ventilateur pulmonaire | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | | | |
| **Divers :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide pour les exercices/amplitude de mouvement | ☐ | ☐ | ☐ |
| Télévision/radio/chaîne stéréophonique | ☐ | ☐ | ☐ |
| Serrures/clés | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ouvrir/fermer les fenêtres | ☐ | ☐ | ☐ |
| Appareils/accessoires fonctionnels (installer/fermer) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Communication verbale | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aides techniques à la communication | ☐ | ☐ | ☐ |
| Recharge de batteries | ☐ | ☐ | ☐ |
| Entretien du fauteuil roulant | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aide pour utiliser le téléphone | ☐ | ☐ | ☐ |
| Portes | ☐ | ☐ | ☐ |
| Courses, magasinage | ☐ | ☐ | ☐ |
| Véhicule personnel (aide pour entrer/sortir) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Commentaires : | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Autre (précisez) :** | ☐ | ☐ | ☐ |
| 1) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3) | ☐ | ☐ | ☐ |

## 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) 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.
ii) Communiquer avec vous au sujet de l'état de votre/vos demande(s).
iii) Recueillir vos commentaires au sujet des services que vous recevez de la MDSC.
iv) Fournir, à vous et à d'autres personnes, des renseignements au sujet de la MDSC.

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<br>☐ 7e année<br>☐ 8e année | ☐ 9e année<br>☐ 10e année<br>☐ 11e année | ☐ 12e année<br>☐ Diplôme d'études secondaires<br>☐ École de commerce /Enseignement professionnel | ☐ Collège communautaire<br>☐ Diplôme en droit<br>☐ Doctorat | ☐ Baccalauréat<br>☐ Maîtrise<br>☐ Préfère ne pas répondre |

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

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

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

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

**Source(s) de revenu personnel :**

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

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

| **Origine ethnique :** | | |
|---|---|---|
| ☐ Afrique | ☐ France | ☐ Moyen-Orient |
| ☐ Autre pays d'Asie ou îles du Pacifique | ☐ Canada (francophone) | ☐ Porto Rico |
| ☐ Canada (non francophone) | ☐ Allemagne | ☐ Amérique du Sud |
| ☐ Amérique centrale | ☐ Grèce | ☐ Scandinavie (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) |
| ☐ Chine | ☐ Inde/Pakistan | ☐ Espagne/Portugal |
| ☐ Europe de l'Est (Russie, Pologne, Tchéquie) | ☐ Irlande | ☐ Antilles |
| ☐ Angleterre, Écosse, pays de Galles | ☐ Italie | ☐ Autre : |
| ☐ Autre pays d'Europe | ☐ Japon | ☐ Refuse de répondre/Aucune réponse |
| ☐ Premières Nations/Métis/Inuit | ☐ Mexique | |

## Attestations et signatures

**Si le demandeur peut seulement donner un consentement verbal, la signature d'un témoin est requise.**

Le processus d'approbation de La Marche des dix sous du Canada exige que des documents appuyant le statut du mandataire spécial qui est en fonction lui soient fournis durant le processus d'approbation.

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

| **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)* :** |

*Le témoin reconnaît qu'il a expliqué chacune des dispositions de la présente entente de services au demandeur et que ce dernier semble les avoir pleinement compris.

*Pour obtenir une version en format accessible de ce document, veuillez communiquer avec nous à l'adresse : independence@marchofdimes.ca*