



## **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 renseignements 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.

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

\*La signature d’un témoin est requise seulement lorsque le client est incapable de signer.



**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.

<b>Nom du demandeur :</b>	<b>Pour usage interne seulement</b>
<b>Date :</b>	<b>N° de client :</b>

**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**

<b>EMPLACEMENT S</b>	<b>BUREAUX</b>
<input type="checkbox"/> <b>Centre de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 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	<input type="checkbox"/> <b>Richmond Hill : Observatory Towers SHP AS</b> 119005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Markham : Kin Village SHP AS</b> 119004 1, 2, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Thornhill : SHP AS</b> 119008 1, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Région de York : OAS</b> 119002 <input type="checkbox"/> <b>Vaughan Congregate Care : CC AS</b> 119009 1, 3 c. à c.  <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Université York SHP AS</b> 118006 <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Meynell House CC AS</b> 118005 <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Stephanie McCaul SHP AS</b> 118004 1 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Bloor St. SHP AS</b> 118007 1 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Cooperage St. AS SHP</b> 118008 1, 2, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Toronto : Maple House SHP AS</b> 118010 **programme ALC <input type="checkbox"/> <b>Toronto : OAS</b> 118002



<b>EMPLACEMENTS</b>	<b>BUREAUX</b>
<input type="checkbox"/> <b>Centre de Toronto</b> Services de soutien communautaire 151, rue Mill, bur. 313 Toronto ON M5A 4T8 416-922-2881	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 : <a href="http://cilt.ca/programs-and-services/asac/asac-application-and-guide">http://cilt.ca/programs-and-services/asac/asac-application-and-guide</a> .
<input type="checkbox"/> <b>Est de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 6, Glenn Wood Place Brockville ON K6V 2T3 1-888-252-9008 poste 6408 Téléc. : 613-342-7636	<input type="checkbox"/> <b>Brockville</b> : AS SHP 111004 1 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Brockville-Leeds/Grenville/Lanark</b> : OAS 111002 <input type="checkbox"/> <b>Ottawa-Barrhaven</b> : AS SHP 111005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Pembroke-Renfrew</b> : OAS 111003



<b>EMPLACEMENTS</b>	<b>BUREAUX</b>
<input type="checkbox"/> <b>Durham Ontario</b> Services de soutien communautaire 1615, rue Dundas Est, bur. 305 Whitby ON K1N 2L1  1-888-433-0240 Téléc. : 905-576-8020	<input type="checkbox"/> <b>Durham</b> : OAS 110003 <input type="checkbox"/> <b>Whitby : Dryden Heights SHP AS</b> 110005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Oshawa : New Hope SHP AS</b> 110004 1, 2 c. à c.
<input type="checkbox"/> <b>Nord-est de l’Ontario</b> 96, rue Larch, bur. 400 Sudbury ON P3E 1C1  Renseignements (AS) : 705-254-1099 Téléc. : 705-671-6240	<input type="checkbox"/> <b>Sault Ste. Marie : Cara SHP AS</b> 114014 1 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Sault Ste. Marie : Northern SHP AS</b> 114013 1 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Sault Ste. Marie/Algoma</b> : OAS 114007 <input type="checkbox"/> <b>Elliot Lake/Algoma</b> : OAS 114006 <input type="checkbox"/> <b>Elliot Lake</b> : SHP 114022
<input type="checkbox"/> <b>Sud de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 3340, Schmon	<input type="checkbox"/> <b>Haldimand Norfolk Region</b> : OAS 113004 <input type="checkbox"/> <b>Niagara Falls : Stamford Kiwanis SHP AS</b> 113007 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Niagara-on-the-Lake : Collège Niagara OAS</b> 113003 <input type="checkbox"/> <b>Niagara Region</b> : OAS 113003



<b>EMPLACEMENTS</b>	<b>BUREAUX</b>
Parkway Local 1E Thorold ON L2V 4Y6  905-687-8484 poste 250 1-800-263-4742 Télec. : 905-685- 6651	<input type="checkbox"/> <b>St. Catharines : Faith Lutheran SHP AS</b> 113010 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>St. Catharines : Ridley Terrace SHP AS</b> 113009 1, 2 + 3 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>St. Catharines : Scott Street SHP AS</b> 113011 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Université Brock OAS</b> 113003 <input type="checkbox"/> <b>Welland : Collège Niagara OAS</b> 113003
<input type="checkbox"/> <b>Centre-sud de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 20, rue Jarvis Hamilton ON L8R 1M2  905-528-4261 poste 4219 Télec. : 905-528- 7762	<input type="checkbox"/> <b>Burlington / North Halton : OAS (112002- Halton N.)</b> <input type="checkbox"/> <b>Hamilton : Central Place SHP AS</b> 112006 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Hamilton : Jason’s House CC AS</b> 112008 <input type="checkbox"/> <b>Hamilton : OAS</b> 112004 <input type="checkbox"/> <b>Hamilton : St. John’s Place SHP AS</b> 112007 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> <b>Hamilton : Villa Verdi SHP AS</b> 112009 1, 2 c. à c.



<b>EMPLACEMENTS</b>	<b>BUREAUX</b>
<input type="checkbox"/> <b>Sud-ouest de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 111 Heritage Rd. Unit 202 Chatham, ON N7M 5W7  519-963-6671 Fax: 519-963-6672	<input type="checkbox"/> <b>Chatham / Kent : OAS 117004</b> <input type="checkbox"/> <b>Chatham / Kent : Bien-être mobile 117007</b> <input type="checkbox"/> <b>Chatham Tecumseh : SHP AS 117010 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Chatham : Riverway SHP AS 117011 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Chatham : McNaughton SHP AS 117012 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Drayton : Conestoga Crest SHP AS 117009 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia / Lambton : OAS 117005</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia / Lambton : Bien-être mobile...117008</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia : Standing Oaks CC AS 117015</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia : Guernsey Gardens SHP AS 117014 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia : Ozanam Manor SHP AS 117013 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Sarnia : Maxwell Park Place SHP AS 117016 1, 2 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Wellington County : OAS 117003</b>
<input type="checkbox"/> <b>Centre-ouest de l’Ontario</b> Services de soutien communautaire 2227, South Millway, Bureau 305 Mississauga ON L5L 3R6 905-607-3463	<input type="checkbox"/> <b>Brampton/Caledon : OAS 116002</b> <input type="checkbox"/> <b>Brampton : Fletcher’s View SHP AS 116007 1 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Dufferin : OAS 116005</b> <input type="checkbox"/> <b>Oakville : Oakville Supportive Living Centre SHP AS 116013 1, 2 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Oakville : OAS 116004</b> <input type="checkbox"/> <b>Mississauga : Britannia Place SHP AS 116010 1, 2 c. à c.</b> <input type="checkbox"/> <b>Mississauga : OAS 116003</b> <input type="checkbox"/> <b>Mississauga : Surveyor’s Point SHP AS</b>



<b>EMPLACEMENTS</b>	<b>BUREAUX</b>
	<p>2 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mississauga : Windsor Hill SHP AS 116008 1, 2, 3 c. à c.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Shelburne : SHP AS 116014 1 c. à c.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Etobicoke : Programme Seniors Supports for Daily Living AS 16015 – 65 ans +</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Mississauga : Programme Seniors Supports for Daily Living AS 116012 – 65 ans +</b></p>



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.*

<b>Pour usage interne seulement :</b>				
<b>Type de client :</b> <input type="checkbox"/> Services payés par le client <input type="checkbox"/> Client orienté vers la MDSC par : (précisez) :				
<b>*Indique les champs obligatoires</b>	N° du client :	Code de handicap :	Timbre-dateur :	Initiales :
<b>Renseignements sur le demandeur</b>				
<b>*Prénom :</b>		<b>*Nom de famille :</b>		
<b>Nom d’usage :</b>		<b>Pronom d’usage (optionnel) :</b>		
<b>*Adresse municipale (n°, rue, bureau) :</b>				
<b>*Ville :</b>	<b>*Province (abréviation à deux lettres) :</b>		<b>*Code postal :</b>	
<b>Tél. (rés.) :</b> ( )		<b>Télec.:</b> ( )		
<b>Tél. (cell.) :</b> ( )		<b>Courriel :</b>		
<b>*Genre :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non spécifique <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre		<b>État civil :</b> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(veuve)		



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aa) :	<b>*Avez-vous une carte Santé valide de l’Ontario?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Il faudra la montrer à l’entrevue de prise en charge)	<b>*Date d’expiration de la carte Santé</b> (si applicable) :
--	--	---

<b>Nom de la personne à contacter en cas d’urgence :</b>	<b>Relation de la personne à contacter en cas d’urgence avec le demandeur :</b>
--	---

<b>Adresse de la personne à contacter en cas d’urgence :</b>	<b>N° de téléphone de la personne à contacter en cas d’urgence :</b>
--	--

**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? :**



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

**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)

<b>Téléphone (rés.) :</b> ( )	<b>Téléphone (bureau) :</b> ( ) Poste	<b>Autre n° de téléphone :</b> ( ) Poste :
----------------------------------	---	--

<b>Téléphone (cell.) :</b> ( )	<b>Courriel :</b>
-----------------------------------	-------------------

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

<b>Client orienté par :</b>	<b>Nom de l’organisation :</b>
<b>Téléphone : ( ) poste</b>	<b>Télécopieur : ( )</b>

**Adresse :**

<b>Ville :</b>	<b>Province :</b>	<b>Code postal :</b>
----------------	-------------------	----------------------

<b>Téléphone (cell.) : ( )</b>	<b>Courriel :</b>
--------------------------------	-------------------



**Renseignements sur le handicap**

**\*Handicap primaire :**

**Handicap secondaire :**

**\*Cause du handicap primaire :**  Vieillesse  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)

**Veillez 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)
- Maison (propriétaire)
- Maison (famille ou ami)
- Hôpital pour enfants
- Maison de soins infirmiers
- Hôpital de réadaptation
- Hôpital pour malades chroniques
- Résidence pour personnes âgées
- Institution

- 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



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

- Vit dans une habitation collective avec du personnel de soutien
- 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



MARCH  
OF DIMES  
CANADA

LA MARCHÉ  
DES DIX SOUS  
DU CANADA

## **Demande de services – Services d’auxiliaires**

Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

---

**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.)*

---

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

---



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

Type d’aide	Aucune aide requis	Un peu d’aide requis	Aide complète requis (personnel)
<p><b>Transferts :</b>            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 requis            Commentaires :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Positionner/retourner :</b>            Aide d’une personne avec lève-            personne            Aide d’une personne sans lève-            personne            Supervision requis            Commentaires :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

Type d’aide	Aucune aide requise	Un peu d’aide requise	Aide complète requise (personnel)
<p><b>Prendre un bain ou une douche :</b></p> <p>Commentaires :</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Habillage/déshabillage :</b></p> <p>Bas du corps</p> <p>Haut du corps</p> <p>Chaussures</p> <p>Boutons/fermetures à glissière/crochets</p> <p>Orthèses/prothèses</p> <p>Commentaires :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Soins de la peau :</b></p> <p>Repositionner durant la nuit</p> <p>Soins/traitements spéciaux pour la peau</p> <p>Commentaires :</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>Préparation des repas :</b></p> <p>Cuisiner</p> <p>Couper les aliments en morceaux</p> <p>Manger/alimentation</p> <p>Attelles</p> <p>Paille/boissons</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

Type d’aide	Aucune aide requise	Un peu d’aide requise	Aide complète requise (personnel)
Commentaires :			
<b>Entretien ménager léger/gestion du foyer :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épousseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer la vadrouille/le balais/l’aspirateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver la vaisselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir les déchets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le lit/changer les draps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :			
<b>Soins respiratoires :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercices d’augmentation de la capacité pulmonaire (toux assistée manuellement/masque Ambu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour l’administration d’oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins pour trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration d’une trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPPC (ventilation en pression positive continue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BiPAP (ventilation en pression positive à 2 niveaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilateur pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

Type d’aide	Aucune aide requis	Un peu d’aide requis	Aide complète requis (personnel)
Commentaires :			
<b>Divers :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour les exercices/amplitude de mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télévision/radio/chaîne stéréophonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serrures/clés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir/fermer les fenêtres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils/accessoires fonctionnels (installer/fermer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques à la communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recharge de batteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courses, magasinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Véhicule personnel (aide pour entrer/sortir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :			



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

Type d’aide	Aucune aide requis	Un peu d’aide requis	Aide complète requis (personnel)
<b>Autre (précisez) :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **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 :**

<input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup> année et moins	<input type="checkbox"/> 9 <sup>e</sup> année	<input type="checkbox"/> 12 <sup>e</sup> année <input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires	<input type="checkbox"/> Collège commu- nautaire <input type="checkbox"/> Diplôme en droit <input type="checkbox"/> Doctorat	<input type="checkbox"/> Baccalauré at <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 7 <sup>e</sup> année	<input type="checkbox"/> 10 <sup>e</sup> année	<input type="checkbox"/> École de commerce /Enseignement professionnel		
<input type="checkbox"/> 8 <sup>e</sup> année	<input type="checkbox"/> 11 <sup>e</sup> année			

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

<input type="checkbox"/> Moins de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$ – 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 44 999 \$	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 29 000 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ - 49 999 \$	
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ – 34 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 54 999 \$	
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ – 39 999 \$	<input type="checkbox"/> 55 000 \$ ou plus	

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

<input type="checkbox"/> Moins de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$ – 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 44 999 \$	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 29 000 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ - 49 999 \$	
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ – 34 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 54 999 \$	
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ – 39 999 \$	<input type="checkbox"/> 55 000 \$ ou plus	

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



Ce formulaire est conforme à la Politique AS 02 01

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi                 | <input type="checkbox"/> Épargne/<br>fiducie                | <input type="checkbox"/> Régime de<br>retraite                 | <input type="checkbox"/> Pension<br>d’invalidité                   |
| <input type="checkbox"/> Pension<br>alimentaire | <input type="checkbox"/> Régime de<br>pensions<br>du Canada | <input type="checkbox"/> Prestations<br>d’assurance            | <input type="checkbox"/> d’anciens<br>combattants                  |
| <input type="checkbox"/> CSPAAT                 | <input type="checkbox"/> Allocations<br>familiales          | <input type="checkbox"/> Régime de<br>retraite<br>d’entreprise | <input type="checkbox"/> Assurance-<br>emploi                      |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>p. ex.</i> ,<br><i>POSPH</i> ) |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas<br>répondre                |

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

**Origine ethnique :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afrique  | <input type="checkbox"/> France                  | <input type="checkbox"/> Moyen-Orient   |
| <input type="checkbox"/> Autre pays d’Asie ou îles<br>du Pacifique      | <input type="checkbox"/> Canada<br>(francophone) | <input type="checkbox"/> Porto Rico   |
| <input type="checkbox"/> Canada (non<br>francophone)                    | <input type="checkbox"/> Allemagne               | <input type="checkbox"/> Amérique du Sud  |
| <input type="checkbox"/> Amérique centrale                              | <input type="checkbox"/> Grèce                   | <input type="checkbox"/> Scandinavie (Suède,<br>Norvège, Danemark,<br>Finlande) |
| <input type="checkbox"/> Chine  | <input type="checkbox"/> Inde/Pakistan           | <input type="checkbox"/> Espagne/Portugal                                       |
| <input type="checkbox"/> Europe de l’Est (Russie,<br>Pologne, Tchéquie) | <input type="checkbox"/> Irlande                 | <input type="checkbox"/> Antilles   |
| <input type="checkbox"/> Angleterre, Écosse, pays<br>de Galles          | <input type="checkbox"/> Italie                  | <input type="checkbox"/> Autre :  |
| <input type="checkbox"/> Autre pays d’Europe                            | <input type="checkbox"/> Japon                   | <input type="checkbox"/> Refuse de<br>répondre/Aucune<br>réponse                |
| <input type="checkbox"/> Premières<br>Nations/Métis/Inuit               | <input type="checkbox"/> 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.

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

\*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](mailto:independence@marchofdimes.ca)