



# CHÈQUE EMPLOI SERVICE (CES) FORMULAIRE DE REQUÊTE

Nom du bénéficiaire :	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse complète :	Fumeur O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Téléphone :                      Date de naissance : AAAA/MM/JJ	Animaux O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	Langue F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
Nom du proche aidant :                      Lien :	
Coordonnées :                      # :                      @ :	Langue F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>

Nom du référant :
Organisme référant :                      Dossier CLSC : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No. de dossier :
Coordonnées :                      # :                      @ :

	LE RÉPIT...	OUI	NON	PRÉCISEZ
1.	Activité de vie domestique (AVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Activité de vie quotidienne (AVQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Incontinence <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Trouble cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Trouble physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire à lire au bénéficiaire**

Le bénéficiaire consent à recevoir le service **CHÈQUE EMPLOI SERVICE** et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis au CAB Les Artisans de l'Aide. De plus, le bénéficiaire autorise Le CAB Les Artisans de l'Aide à communiquer avec le proche-aidant relié à son dossier et à communiquer à l'employé les renseignements pertinents en vue d'un pairage.    Nom du référant :                      Date : AAAA/MM/JJ

**SECTION 2 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (condition du bénéficiaire, contexte, soins requis, etc.)**

<b>MODE DE TRANSMISSION</b>
Courriel à <a href="mailto:info@cabartisans.org">info@cabartisans.org</a> <input type="checkbox"/> Par :                      Date : AAAA/MM/JJ