



PROCHE AIDANT D'AÎNÉ

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

INFORMATIONS

Nom du bénéficiaire :

Adresse complète :

Téléphone :

Date de naissance : AAAA/MM/JJ

Sexe F M Fumeur O N Animaux O N Langue F A

RÉFÉRENCEMENT

Nom du référant :

Dossier CLSC : **Oui** **Non** Organisme référant :

Coordonnées :

:

@ :

MISE EN SITUATION

Suivi proche aidant Groupe Proche aidant endeuillé

Définir vos attentes pour l'intervenante proche aidant

SI MOINS DE 65 ANS*

Nous fournir les raisons qui démontre un profil gériatrique.

LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de l'intervenante auprès des **PROCHES AIDANTS** et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis au CAB Les Artisans de l'Aide. De plus, le bénéficiaire nous autorise à communiquer avec la personne-ressource au dossier, en cas de besoin en date du AAAA/MM/JJ.

Personne-ressource:

Nom :

Téléphone :

Lien :

Par CAB Les Artisans de l'Aide. La personne ci-haut mentionnée nous autorise à ajouter son nom comme personne-ressource au dossier du bénéficiaire en date du AAAA/MM/JJ. Contacté par :

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org Télécopieur 450 472-9586

Date : AAAA/MM/JJ

SECTION À COMPLÉTER PAR LE CAB Les Artisans de l'Aide

Admissible Non-admissible Coordination :

Motif du refus :

Xaequo : **Oui** **Non**

Date du premier contact : AAAA/MM/JJ