



Date : AAAA/MM/JJ

## AIDE AUX FORMULAIRES

### FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

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 référant :	Dossier CLSC : <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>	
Organisme référant :		
Coordonnées :	# :	@ :

#### SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service **d'AIDE AUX FORMULAIRES** 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 :

#### SECTION 2 – POUR QUEL(S) FORMULAIRE (S) LE SERVICE EST-IL REQUIS?

#### SECTION 3 - SI MOINS DE 65 ANS\*

Référence **OBLIGATOIRE** d'un professionnel de la santé. Nous fournir les raisons qui justifient le besoin de service ou joindre le document pertinent :

#### MODE DE TRANSMISSION

Courriel à [info@cabartisans.org](mailto:info@cabartisans.org)

Télécopieur au 450 472-9586

Date : AAAA/MM/JJ

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

Admissible  Non-admissible  Coordination :            XAequo : **Oui**  **Non**

Motif du refus :            Date de jumelage : AAAA/MM/JJ            Bénévole :

Date de réalisation : AAAA/MM/JJ            Durée (min):            KM :