



POPOTE ROULANTE FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du bénéficiaire :	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse complète : App. :	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 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Organisme référant :	
Coordonnées : # : @ :	

	La personne...	OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans et plus () ? *Si non, remplir aussi la section 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Habite seule? (Si demande pour un couple, veuillez remplir 2 formulaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	A une perte d'autonomie permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	A une perte d'autonomie temporaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Est proche aidant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Est en post-hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A une perte de mobilité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	A un trouble de mémoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	A un trouble cognitif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	A un problème de surdité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	A un problème d'élocution?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	A une perte visuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAIRE			
La personne...	OUI	NON	Spécification
A une allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A une intolérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mange du poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En cas d'intolérances alimentaires , le bénéficiaire devra discuter avec la coordination de la popote roulante qui évaluera s'il est possible ou non d'accommoder le bénéficiaire.			

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de **POPOTE ROULANTE** 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 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES ou CONDITIONS PARTICULIÈRES

Particularité au niveau de la livraison (code d'entrée, appeler avant, laisser dans un sac, etc.)

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 :

Spécifiez la durée : Long terme Court terme Date de fin : AAAA/MM/JJ

MODE DE TRANSMISSION

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

