



CHÈQUE EMPLOI SERVICE (CES) FORMULAIRE DE REQUÊTE

Nom du bénéficiaire : _____ NAM : _____ Adresse complète : _____ Téléphone : _____ DDN : AAAA / MM / JJ	HEURES ACCORDÉES _____ H <i>déterminez les besoins à la sections 1</i>	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Fumeur O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 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 : CLSC JEAN-OLIVIER CHÉNIER 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 – INFORMATIONS OBLIGATOIRES (condition du bénéficiaire, contexte, soins requis, etc.)

SECTION 2 - 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

MODE DE TRANSMISSION
Courriel à info@cabartisans.org Par : _____ Date : AAAA / MM / JJ