**Date :** AAAA/MM/JJ

|  |  |
| --- | --- |
| Une image contenant texte, logo, Police, Graphique  Description générée automatiquement | **POPOTE ROULANTE** **FORMULAIRE D’ADMISSIBILITÉ** |

\*Nous n’acceptons aucune demande pour un bénéficiaire avec une allergie ou une intolérance au gluten.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du bénéficiaire :      Adresse complète :       App. :      Téléphone :       Date de naissance : AAAA/MM/JJ | Sexe F [ ]  M [ ] Fumeur O [ ]  N [ ] Animaux O [ ]  N [ ] Langue F [ ]  A [ ]  |

|  |
| --- |
| Nom du référant :       Dossier CLSC : **Oui** [ ]  **Non** [ ] Organisme référant :      Coordonnées :       # :       @ :       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ALIMENTAIRE** |  |
| **La personne…**  | **OUI** | **NON** | **Spécification** |
| A une allergie | [ ]  | [ ]  |       |
| A une intolérance | [ ]  | [ ]  |       |
| Est diabétique | [ ]  | [ ]  |       |
| Mange du poisson | [ ]  | [ ]  |       |
| **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** [ ]  |