**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](mailto: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** |