

## **DEMANDE D'AIDE**



### **PROGRAMME RÉGIONAL DE TRANSPORT-HÉBERGEMENT DES PERSONNES VIVANT UN HANDICAP**

RETOURNER CE QUESTIONNAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ À :

**Responsable du Programme régional de transport-hébergement  
des personnes vivant un handicap  
Centre de réadaptation de la Gaspésie 230, route du Parc  
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V2C4  
418 763-3325**

# GUIDE D'UTILISATION

**S.V.P., écrire en caractères d'imprimerie et à l'encre noire**

Vous pouvez détacher les deux premières pages du formulaire pour le remplir.

## 1. IDENTIFICATION

### N° d'assurance-maladie

Prenez soin d'indiquer votre numéro d'assurance-maladie au complet (facultatif) ou celui de la personne pour qui vous faites une demande, car celui-ci servira d'identification pour le dossier.

Exemple :

P | I | N | C | 4 | 2 | 0 | 6 | 2 | 4 | 1 | 6

### Identification de la personne qui fait ou pour qui est faite la demande :

Lorsque vous n'utilisez pas régulièrement votre nom de famille à la naissance, vous devez inscrire le nom que vous utilisez le plus fréquemment à l'indication « nom habituel ».

### Identification de la représentante ou du représentant de la personne pour qui est faite la demande :

Si la personne qui signe le formulaire n'est pas la personne pour qui est faite la demande, elle indique son nom ainsi que la relation avec la personne pour qui est faite la demande (tutrice, tuteur, curatrice, curateur, père, mère, conjointe, conjoint, ou tout autre personne qui assiste et représente régulièrement la personne pour qui est faite la demande). Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans, mais est incapable d'administrer ses biens. Un employé d'un établissement qui héberge ou fournit des services à la personne pour qui la demande est faite ne peut signer le formulaire à moins qu'il ne s'agisse d'une des personnes énumérées précédemment.

## 2. ADMISSIBILITÉ

Cette partie doit être obligatoirement remplie, et devra être appuyée par un rapport médical d'une ou d'un professionnel reconnu (médecin, spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, etc.) décrivant les déficiences et les limitations fonctionnelles justifiant la demande. Ces renseignements sont nécessaires afin de nous permettre de déterminer si la personne qui fait une demande correspond à la définition légale d'une personne ayant un handicap et est admissible à nos services.

**Personne ayant un handicap :** toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

## 3. SOURCE DE REVENUS

### Description des sources de revenus

Vous devez compléter la partie « Description des sources de revenus » en indiquant le type de revenu (assurance-emploi, sécurité du revenu, etc.).

## 4. IDENTIFICATION DES BESOINS

Décrivez, le mieux possible, ce que vous vivez actuellement et les principales difficultés que vous rencontrez en fonction de votre ou vos déficiences. Si vous recevez déjà certains services, décrivez-les ainsi que les dépenses supplémentaires que vous devez faire pour recevoir ces services ou pour remplacer des services manquants. La demande d'aide vous permet d'indiquer le moyen que vous voudriez pour répondre à votre besoin.

## 5. ENGAGEMENT

Vous devez signer l'engagement ci-joint afin de nous permettre de vous accorder, si nécessaire, l'aide matérielle essentielle à la réalisation de votre demande d'aide. Vous devez fournir au Centre de réadaptation de la Gaspésie, les renseignements et documents nécessaires pour déterminer votre admissibilité et supporter les frais qui sont laissés à votre charge ou à celle de votre famille dans votre demande d'aide.

Si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez plus de 18 ans, mais êtes incapable d'administrer vos biens, l'engagement doit également être signé par une personne qui vous assiste et vous représente régulièrement, tel que décrit à la section 1 du présent guide d'utilisation.



## 2. ADMISSIBILITÉ

### DÉFICIENCE

Identifiez la déficience et décrivez-la brièvement. Indiquez pour chacune la cause et la date d'apparition.

DÉFICIENCE 1 - CAUSE	DATE	DÉFICIENCE 2 - CAUSE	DATE
<input type="checkbox"/> acquise à la naissance	Date :	<input type="checkbox"/> acquise à la naissance	Date :
<input type="checkbox"/> due à une maladie	Date :	<input type="checkbox"/> due à une maladie	Date :
<input type="checkbox"/> causée par un accident de travail	Date :	<input type="checkbox"/> causée par un accident de travail	Date :
<input type="checkbox"/> causée par un accident de la route	Date :	<input type="checkbox"/> causée par un accident de la route	Date :
<input type="checkbox"/> autre accident	Date :	<input type="checkbox"/> autre accident	Date :

Description :

Utilisez-vous des aides techniques, prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser la déficience et vous permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne?  
(Exemples : aide auditive, aide visuelle, fauteuil roulant, interprète, parrainage civique, dialyse, appareil respiratoire, etc.)

OUI  Indiquez lesquelles : \_\_\_\_\_  
NON  \_\_\_\_\_

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE	Capable seul		Capable avec aide		Incapable	Ne s'applique pas
	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique		
Voici une liste d'activités et de comportements de la vie quotidienne. Pour chaque action, cochez les réponses qui décrivent le mieux la manière dont vous pouvez l'accomplir <b>habituellement et actuellement</b> en fonction de la déficience.						
Reconnaître les personnes et les objets						
Vous déplacer dans le voisinage sans vous perdre						
Apprendre (exemples : suivre un mode d'emploi, une directive)						
Établir ou maintenir des relations avec les gens						
Prendre ou assumer des responsabilités						
Organiser, prévoir une activité dans le temps (exemple : revenir à l'heure pour les repas)						
Parler						
Vous faire comprendre						
Écouter avec attention quelqu'un ou un message						
Entendre						
Utiliser un téléphone						
Lire						
Écrire						
Comprendre le sens d'un signe ou symbole (exemples : flèches, feux de circulation)						
Aller aux toilettes						
Prendre un bain ou une douche						
Faire votre toilette (exemples : brosser ses dents, se laver les mains ou le visage, se peigner)						
Vous habiller ou vous déshabiller						
Manger						
Marcher						
Monter, descendre les escaliers						

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE (suite 2)	Capable seul		Capable avec aide		Incapable	Ne s'applique pas
	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique		
<b>Vous lever ou vous coucher</b>						
<b>Monter et descendre d'un véhicule</b>						
<b>Conduire un véhicule</b>						
<b>Faire les courses et transporter vos paquets</b>						
<b>Donner des soins à un enfant ou une personne à charge</b>						
<b>Préparer des repas</b>						
<b>Entretenir la maison (exemples : époussetage, lavage, faire les lits)</b>						
<b>Effectuer les travaux lourds (exemple : faire le grand ménage)</b>						
<b>S'étirer ou se baisser pour atteindre, attraper ou déplacer un objet</b>						
<b>Garder votre équilibre</b>						
<b>Maintenir une position (exemple : rester debout ou assis)</b>						
<b>Ouvrir ou fermer les portes, les robinets, etc.</b>						
<b>Manipuler de petits objets avec les doigts (exemple : clés)</b>						
<b>Effectuer un effort physique soutenu</b>						
<b>Endurer des facteurs environnementaux (exemples : chaleur, froid, lumière, bruit, poussière)</b>						
<b>Autres difficultés, précisez :</b>						

### 3. SOURCES DE REVENUS

#### À compléter obligatoirement

- Emploi rémunéré
- Aide sociale
- Commission de santé et sécurité du travail (CSST)
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- Régie des rentes du Québec (RRQ)
- Pension de vieillesse et supplément de revenu
- Prestations d'assurances personnelles
- Assurance-emploi

Indiquez combien de personnes dépendent de cette source de revenus :

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

## 4 IDENTIFICATION DES BESOINS

Cette étape vise à établir avec vous des moyens d'action correspondant à l'ensemble de vos besoins : vous devez cocher sur le tableau suivant les différents domaines dans lesquels vous avez des besoins et les décrire dans la page suivante.

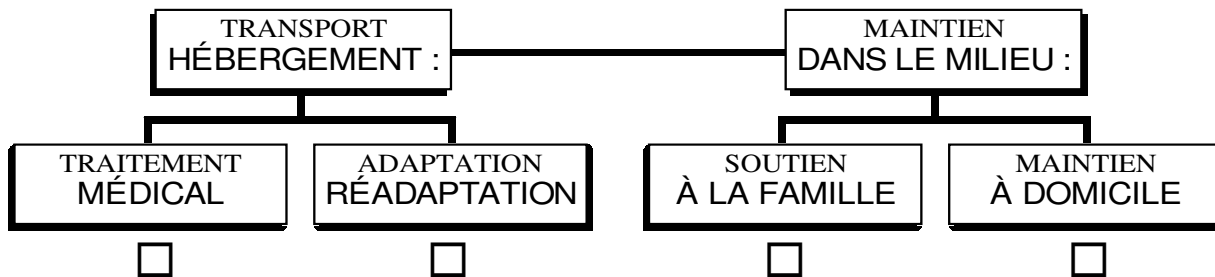
Vous trouverez dans le document d'accompagnement les renseignements nécessaires pour savoir quel genre de besoins peut se trouver dans les différents domaines d'intervention. Chacun de vos besoins peut faire l'objet d'une demande d'intervention.

L'important, c'est que vous nous donniez, autant que vous sachiez, vos besoins et le genre d'aide que vous recherchez.

Vous pouvez également vous adresser aux organismes de votre milieu (CLSC, centre de réadaptation ou autres) afin de vous aider à identifier vos besoins et à déterminer quelles interventions seraient nécessaires pour préparer et réaliser votre demande d'aide.



DEMANDE D'AIDE



**Mes besoins sont :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Les services que je reçois présentement sont :**

Services \_\_\_\_\_

Organisme ou  
établissement \_\_\_\_\_

Nom de la personne  
qui donne les services \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Dépenses occasionnées par  
ma déficience \_\_\_\_\_

**Je demande de l'aide financière pour :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





