

# Formulaire de demande de service

## IDENTIFICATION

Date : \_\_\_\_\_  
Nom à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M   
Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## SERVICES DEMANDÉS

<i>Maintien dans la communauté</i>	<i>Activités de socialisation</i>
Popote roulante <input type="checkbox"/>	Groupe de socialisation <input type="checkbox"/>
Accompagnement transport pour motif médical ** <input type="checkbox"/>	Sortir à son goût <input type="checkbox"/>
Épicerie/ Magasinage <input type="checkbox"/>	Visites/ Appels d'amitié <input type="checkbox"/>
Accompagnement médical <input type="checkbox"/>	Groupe Ciné-Discussion <input type="checkbox"/>
	Transport sociocommunautaire <input type="checkbox"/>

\*\* Conditions pour recevoir le service Accompagnement transport pour motif médical

Avoir 65 ans et +

Fournir une preuve de revenu 23 000\$ et – pour une personne seule/ 30 000\$ et – pour un couple

## RAISONS DE LA DEMANDE

Physique  Ex : Accident, maladie, handicap, mobilité réduite, ouïe, vision, pertes cognitives  
Sociale  Ex : Absence ou faible réseau social (amis, famille, voisins), isolement, habite seul(e)  
Financière  Ex : Faible revenue

Expliquez de façon détaillée les motifs de votre demande

## AUTRE RENSEIGNEMENTS UTILES

Besoins pour les déplacements : Canne  Marchette  Fauteuil roulant

Demande faite par \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu nos services? \_\_\_\_\_

Personne-ressource à contacter \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Votre intervenant au CLSC : Nom \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_