

DEMANDE AU PROGRAMME DE SERVICES PERSONNELS

Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick est un organisme de bienfaisance sans but lucratif qui dispense des services aux enfants et aux adultes ayant un handicap. Par l'entremise du programme de services personnels, nous offrons une aide financière pour couvrir les frais de déplacement et d'hébergement lorsque notre clientèle doit être présente à des rendez-vous dans une autre ville. Nous offrons aussi des prêts à long terme d'équipement de réadaptation recommandé par un thérapeute ou un médecin. Nous pouvons aussi aider au niveau du financement d'équipement, à partir des chaussures orthopédiques jusqu'aux ordinateurs ou aux aides techniques, s'ils sont nécessaires en raison d'un handicap physique.

La majorité de notre financement est assurée par des contributions privées et des clubs de services. Il est de notre responsabilité de répartir leur générosité aussi judicieusement que possible. Pour ce faire, nous devons vous demander de nous fournir quelques renseignements financiers à chaque demande d'équipement ou de services de votre part. Dans le cas où vous avez droit à d'autres sources de financement plus appropriées, nous vous aiderons à y accéder. Si personne n'est en mesure de vous aider, nous ferons de notre mieux pour vous offrir le service.

Nous sommes conscients qu'il n'est pas agréable de divulguer des renseignements personnels. Soyez assurés que votre état financier restera strictement confidentiel. Merci de votre collaboration.

Vous trouverez ci-joint un formulaire en trois parties qui doit être rempli lors d'une demande au Programme de services personnels de Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick.

Partie I - dossier du client/de la cliente

Partie II - description des ressources financières du client/de la cliente

Partie III - recommandation du professionnel de la santé

La partie III du formulaire doit être remplie par un professionnel de la santé en premier lieu. Veuillez remplir ensuite les parties I et II et poster votre demande à:

Programme de services personnels de Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick
65, rue Brunswick
Fredericton, N-B
E3B 1G5

*Veillez conserver cet exemplaire pour vos dossiers
Rev mars 2000*

Partie I- Client/Cliente

Pour que nous soyons en mesure de vous servir, veuillez répondre à toutes les questions:

Nom du client/ de la cliente: _____
 Date de naissance: _____
Utiliser le nom de l'enfant si c'est le cas (AA/MM/JJ)
*Utiliser le nom de l'enfant si c'est le cas (AA/MM/JJ)

No d'assurance maladie: _____
 Date de l'application: _____
(AA/MM/JJ)

Adresse: _____
Rue

Ville Code postale No de téléphone

Plus proche parent: _____
 Lien de parenté: _____

Adresse: même que ci-haut _____ ou _____
Rue

Ville Code postale No de téléphone

Présentement à l'emploi: Oui _____ Non _____ Si oui, s.v.p. répondre aux questions suivantes:

Employeur (du client/de la cliente ou du parent): _____

Adresse No de téléphone

Avons-nous votre permission de contacter votre employeur à des fins d'assurances? Oui ___ Non ___

Nombre de personnes à charge dans votre famille: _____

Nom: _____ Âge: _____ Handicap: _____

Handicap du client/de la cliente: _____

Médecin: _____ Spécialisation du médecin: _____

Partie II - Ressources financières du client/de la cliente

Avez-vous rempli cette partie du formulaire au cours des douze (12) derniers mois? Oui _____ Non _____
 Si non, veuillez remplir le formulaire en entier. Si oui, ne faire que les changements.

REVENU MENSUEL DE LA FAMILLE

Salaire _____
 Allocation familiale _____
 RPC/SV _____
 Assurance-chômage _____
 Assurance-invalidité _____
 Pension d'invalidité _____
 Aide au revenu _____
 Autre (spécifiez) _____
Total Revenu \$ _____

DÉPENSES MENSUELLES DE LA FAMILLE

Hypothèque/Loyer _____
 Téléphone/Electricité _____
 Chauffage _____
 Nourriture _____
 Habillement _____
 Frais médicaux _____
 Transport _____
 Assurances _____
 Autre (spécifiez) _____
Total des Dépenses \$ _____

Est-ce que la famille possède une assurance médicale étendue? Oui _____ Non _____
 Compagnie: _____ No. du contrat d'assurance: _____

Est-ce que le client/la cliente possède une carte médicale? Oui _____ Non _____
 Si oui: No. d'identification: _____ Date d'échéance: _____

Si le client/la cliente est un enfant, est-il (elle) pris(e) en charge par le ministère de la Santé et des Services communautaires à titre d'enfant à *besoins spéciaux*? Oui _____ Non _____
 Nom du (de la) travailleur(se) social(e): _____ No. de téléphone: _____

Le client/La cliente est-il (elle) inscrit(e) auprès d'un organisme qui dessert des personnes ayant un handicap semblable (par exemple; la Société du cancer, l'Association de la dystrophie musculaire, la Fondation du coeur; la Société de la sclérose en plaques)?
 Oui _____ Non _____ *S.v.p. indiquer le nom de l'organisme:* _____

Voulez-vous que nous transmettions la présente demande à un autre organisme qui soit peut-être en mesure de mieux répondre à vos besoins? *Nous ne divulguerons pas votre état financier.* Oui _____ Non _____

Avez vous contacté ou reçu de l'aide d'un autre organisme concernant la présente demande?
 Oui _____ Non _____ Si oui expliquez: _____

Combien êtes-vous en mesure de contribuer au coût de cet équipement/ce service: _____ \$

J'ai été consulté et je suis d'accord avec l'ordonnance du professionnel de la santé.

Date: _____ Signature: _____

Partie III - Recommandation du professionnel de la santé

Nom du client/de la cliente: _____ Date de naissance: _____
(AA/MM/JJ)

Adresse: _____
Rue

Ville Code postale No de téléphone

Est-ce que le (la) client(e) possède une carte médicale? Oui__ Non__

GENRE D'AIDE REQUISE:

Raison du déplacement:

1. a) Moyen de transport: automobile/autobus/train/avion (s.v.p. encerclez)

Du: _____ Au: _____ Coût: _____ \$

Date du départ: _____ Date de retour: _____

b) Frais de subsistance: Repas/jour: _____ \$ Hébergement/nuit: _____ \$

Endroit: _____
Adresse *Joindre la confirmation du médecin indiquant le renvoi à un autre spécialiste

2. Orthétique/Prothétique/Chaussures orthopédiques/Plate-forme élévatrice (s.v.p. encerclez)

Prescrit par: _____ * joindre l'ordonnance

Un fournisseur a-t-il été recommandé: _____

Adresse: No de téléphone Fax

3. Équipement de réadaptation (inclure les renseignements de commande au complet - marque, numéro de catalogue, dimension; dans le cas d'un fauteuil roulant - joindre l'ordonnance) _____

Diagnostic du client/de la cliente: _____ Fait le: _____

Handicap fonctionnel: _____

Référé par: _____
Signature Profession

Adresse au bureau No de téléphone

Rue Ville Code postale

NOTE: Des renseignements détaillés nous permettrons d'assurer un suivi rapide. Veuillez joindre toute information additionnelle que vous jugerez nécessaire.