

OÙ SOUMETTRE CE FORMULAIRE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre le formulaire à :

QuébecC. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5
Télécopieur : 1 855 884-9811**Toutes les autres provinces**C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3
Télécopieur : 1 877 780-7247**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT/LA PERSONNE À CHARGE (CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT)**

N° de police _____ N° de certificat _____

Prénom du participant _____ Nom _____

Prénom de la personne à charge _____ Nom _____

Date de naissance de la personne à charge :

	A		M		J

Niveau de scolarité atteint : Primaire _____ Secondaire _____ Collégial/universitaire _____

Où le patient réside-t-il? Chez le participant Autre, spécifiez _____

Si le patient est à l'emploi, combien d'heures travaille-t-il par semaine? _____ heures/semaine

Est-ce que l'une des personnes suivantes reçoit de l'aide gouvernementale :

a) le patient? Oui Non Si oui, lesquelles : _____b) la personne qui en est responsable? Oui Non Si oui, lesquelles : _____**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT)**

1. Diagnostic _____

2. Date du début de la déficience :

	A		M		J

3. Capacités affectées/limitations :

a) Nature et degré de la déficience physique ou mentale : _____

b) Le patient peut-il rester seul sans supervision? Oui Non

c) Activité que le patient ne peut pas accomplir :

 Se laver S'habiller Se nourrir Se servir des toilettes Se déplacer

4. L'état du patient est-il permanent et stationnaire, ou peut-on s'attendre à une amélioration quelconque?

5. Le patient prend-il un ou des médicaments en lien avec son handicap? Oui Non Si oui, lesquels : _____6. Le patient est-il en mesure d'exercer un emploi rémunérateur ou un emploi qui lui permette de tirer des bénéfices? Oui Non, veuillez préciser : _____**Veuillez fournir une copie des rapports des médecins et des autres spécialistes consultés concernant l'état du patient.**

Coordonnées du médecin

Nom _____

Adresse _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

Téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Télécopieur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Généraliste Spécialiste, spécifiez _____ Autre, spécifiez _____Signature du médecin traitant **X** _____ Date

	A		M		J