

FORMULAIRE DE DEMANDE D'OCTROI D'OUTIL TECHNOLOGIQUE

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR OU LE TUTEUR LÉGAL/CURATEUR

Veillez noter que l'envoi de ce formulaire de demande d'aide agit à titre de consentement à communiquer avec vous, avec les membres de votre famille ainsi qu'avec les professionnels qui ont contribué à fournir les informations pertinentes à la demande.

1. Identification du bénéficiaire

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____

Numéro de téléphone : _____ Cellulaire : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Diagnostic principal: _____

Conditions associées : _____

Veillez cocher toutes les conditions s'appliquant au demandeur :

- Déficience physique Trouble du spectre de l'autisme Déficience intellectuelle
 Multihandicap Polyhandicap Trouble de comportement

Type de famille : Monoparentalité Bi parentalité

Nom complet du père : _____ Occupation principale : _____

Nom complet de la mère : _____ Occupation principale : _____

Détails sur la fratrie : _____

Nom du tuteur/curateur (s'il y a lieu) : _____

Téléphone (si différent) : _____ Courriel : _____

Pour quel outil technologique, remplissez-vous la présente demande ?

Bras robotisé Jaco Robot d'alimentation Autres : _____

2. Équipe de professionnels

Êtes-vous suivi par un CRDP? _____ Si oui, lequel? _____

Nom et coordonnées de vos intervenants :

Ergothérapeute : Oui Non Nom complet : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Si cela s'applique, date prévue de fermeture de dossier : _____

Le demandeur a-t-il déjà fait l'essai de l'outil technologique demandé? Si oui, quelle fut son expérience?

3. Environnement social

- La personne vit seule.
 La personne vit avec un seul parent ou avec un parent une semaine sur deux ou avec un conjoint.
 La personne vit avec ses deux parents ou dans une famille d'accueil.
 La personne vit en hébergement ou en appartement adapté/supervisé ou en résidence intermédiaire avec accompagnement d'intervenants autres que les membres de la familles (employés de l'État :

préposés au bénéficiaire, infirmière auxiliaire).

Nombre d'heures que la personne passe seule par jour : _____

Heures et services reçus de la part du CLSC, le cas échéant : _____

Qui est/sont le(s) proche(s) aidant(s) principal/aux? : _____

Quel serait l'impact de l'acquisition de l'outil sur les proches aidants?

Quels sont les nouvelles activités significatives que vous accompliriez avec l'outil technologique demandée ?

En quelques mots, veuillez nous donner des détails sur vos projets, vos désirs et vos ambitions :

À court terme (1 à 2 année) : _____

À moyen terme (2 à 5 années) : _____

À long terme (5 ans et plus) : _____

Si la fondation vous octroi un outil technologique, seriez-vous prêt à :

Assister à des événements publics Accorder des entrevues Devenir ambassadeur de la fondation

Donner le droit d'utilisation de photos et de vidéos lors d'événements et de différentes publications

Personnellement vous impliquer dans une collecte de fonds

Si oui, quel montant croyez-vous être capable d'amasser pour appuyer la mission de la fondation : \$

AUTONOMIE PERSONNELLE

Tâches fonctionnelles et loisirs

La personne peut :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliser son ordinateur ou un cellulaire | <input type="checkbox"/> Ranger ses courses |
| <input type="checkbox"/> Nourrir son animal de compagnie | <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux vidéo |
| <input type="checkbox"/> Tourner les pages d'un livre | <input type="checkbox"/> Réaliser des tâches d'entretien ménager |

La personne pratique-t-elle une activité sportive ? Oui Non

Détails :

Quels sont les passe-temps de la personne ? _____

Commentaires :

Intégration sociale

La personne :

- Est à l'emploi
Si oui, Nom de l'employeur : _____
- Temps plein Temps partiel Nombre d'heures par semaine : _____
- Fréquente les établissements scolaires et nécessite de l'aide humaine

Nom de l'établissement scolaire : _____

Programme : _____ Nombre d'heures par semaine : _____

- La personne souhaite entreprendre un retour au travail ou aux études

Parcours désiré : _____

Date de début prévu : _____

La personne a-t-elle déjà obtenu un diplôme académique Oui Non

Si oui, de quel niveau : _____ Année d'obtention : _____

Commentaires :

Veillez joindre tous les documents pertinents à la prise de décision (exemples : rapports d'évaluation récents en ergothérapie, en physiothérapie, en orthophonie et/ou en neuropsychologie) ainsi qu'une lettre de motivation et une photo du demandeur

SECTION 2 : À FAIRE REMPLIR PAR L'ERGOTHÉRAPEUTE DU DEMANDEUR

L'évaluation globale des besoins de la personne et la recommandation d'une ou des aides appropriés sont faites principalement par un ergothérapeute. Les outils technologiques doivent être adaptés à la personne qui les utilisent. Cette dernière doit bénéficier d'une information pertinente, d'un entraînement adéquat et d'un suivi post-attribution.

Le bénéficiaire s'est tourné vers notre fondation pour obtenir un _____. Nous avons besoin de votre avis professionnel pour juger si l'outil technologique demandé répond aux besoins de ce jeune et permettra la réalisation de son projet de vie relié à _____.

Votre expertise nous est indispensable pour juger si ce moyen est adapté à ses capacités et favorisera une plus grande autonomie et intégration sociale.

Évaluation sommaire de l'ergothérapeute

Ce bénéficiaire a les capacités suffisantes pour s'approprier cet outil technologique et l'utilise de façon optimale

Capacités motrices (membres supérieurs) oui non

Commentaire(s) : _____

Capacités du bénéficiaire à contrôler seul son fauteuil roulant motorisé oui non

Commentaire(s) : _____

Capacité à mener à terme le projet de vie souhaité : oui non

Commentaire(s) : _____

Environnement physique ou social limitant la pleine utilisation de l'outil technologique oui non

Commentaire(s) : _____

Recommandez-vous l'outil suivant : _____ oui non

Commentaire(s) : _____

Comptez-vous intégrer cette modalité dans votre plan d'intervention ? oui non

Nom complet du professionnel : _____ Titre : _____

En signant ce présent document, vous attestez que les informations consignées dans la section 2 de ce présent formulaire sont exactes, et cela au meilleur de vos connaissances. De plus, vous certifiez ne pas avoir délibérément omis de renseignements.

Signature : _____ Date : _____

MERCI DU TEMPS ACCORDÉ À LA COMPLÉTION DE CE FORMULAIRE