

Identificateur : _____

Inscription de famille

Renseignements sur le parent/le gardien (la gardienne)

Prénom : _____ Surnom : _____ Initiale : _____
 Adresse : _____ App./Unité : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Carrefour le plus proche : _____
 Tél. : _____ Autre : _____
 Téléc. : _____ Courriel : _____
 Lien avec la personne : Mère Père Tuteur (tutrice) légal(e)
 Autre (précisez s.v.p.) : _____
 Langue parlée à domicile : _____
 Un(e) interprète est nécessaire : Oui Non
 Si oui, indiquez la langue : _____

Renseignements sur le contact principal

Cochez s'il s'agit du parent/du gardien (de la gardienne)

Prénom : _____ Surnom : _____ Initiale : _____
 Adresse : _____ App./Unité : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Tél. : _____ Autre : _____
 Téléc. : _____ Courriel : _____
 Lien avec la personne : Mère Père Tuteur (tutrice) légal(e)
 Autre (précisez s.v.p.) : _____

Renseignements sur la personne (fils/fille)

Prénom : _____ Surnom : _____ Initiale : _____
 Date de naissance : _____ Genre : Masculin Féminin
 jour/mois/année
 Cochez si l'adresse est la même que celle du parent/du gardien (de la gardienne)

Adresse : _____ App./Unité : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Tél. : _____ Autre : _____

Identificateur : _____

Renseignements sur la personne (fils/fille)

Veillez indiquer les intérêts et passe-temps de votre fils/fille :

Invalidité et besoins particuliers

Diagnostic

- TDAH (Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité)
- Allergies
- Autisme/TED (Trouble envahissant du développement)
- Comportement difficile
- Déficience intellectuelle
- Diagnostic mixte
- Cas médical complexe
- Santé mentale
- Incapacité physique
- Crises épileptiques

Autres besoins

- Sonde G/J
- Oxygène
- Aspiration
- Trachéotomie
- Ventilateur

Soutien requis

- AAC (Analyse appliquée du comportement)
- Dispositifs alternatifs de communication
- Comportement
- Communication
- CPI
- RCR
- Premiers soins
- Soins médicaux
- Mobilité
- Soins personnels
- Soins physiques
- Langage gestuel

Où avez-vous entendu parler de respireservices.com? _____

Type de service de relève requis :

- Aidant(e) à domicile Hors domicile Les deux Incertain(e)

Personne qui remplit le formulaire : _____

Lien avec le bénéficiaire du service/la personne : _____

Agence qui remplit le formulaire (le cas échéant): _____

Qui recevra l'information : Parent/Gardien(ne) Contact principal

Commandité par le ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
respireservices.com respecte la confidentialité de vos renseignements. Nous protégeons vos renseignements personnels et respectons toutes les exigences législatives. Nous ne louons, ne vendons, ou n'échangeons pas nos listes de diffusion. Nous utilisons les renseignements que vous nous fournissez pour vous mettre en relation avec des aidants pertinents, pour vous tenir au courant de nos activités et de nos autres programmes/services de relève et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si vous souhaitez cesser de recevoir cette information à un moment donné, veuillez tout simplement communiquer avec nous par téléphone au 905 507 9360 ou par courriel à riva@cdrpc.com.

2



Identificateur : _____

Autre :	Été (Mois)				Congé de mars	Jours fériés	Rempl.	
	Avant- midi	Après- midi	Soir	Fin de sem.				

Petite annonce

Souhaitez-vous publier une petite annonce à notre site Web : Oui Non

Veillez composer la petite annonce qui sera affichée à notre site Web. Lorsque vous affichez une telle annonce, les aidants du Programme CHAP qui recherchent actuellement un contrat peuvent visualiser les possibilités d'emploi et demander que leur profil soit transmis aux familles auxquelles ils souhaiteraient fournir des services. Les petites annonces sont affichées pendant un mois et peuvent être renouvelées à tout moment. Les renseignements personnels concernant les familles ne sont pas affichés dans l'annonce. Chaque famille est désignée par un numéro d'identification qui lui est attribué au moment de l'inscription.

PETITE ANNONCE DE FAMILLE POUR LE PROGRAMME CHAP

Description de la personne : _____

Fonctions/activités de l'aidant(e) : _____

Identificateur : _____

Renseignements additionnels

Mode de réception préférentiel des profils d'aidant(e) :

Poste Télécopieur Courriel

Souhaitez-vous recevoir une copie de :

la trousse d'information sur le Programme CHAP à l'intention des parents?

Souhaitez-vous parler à une facilitatrice d'accès au sujet des options en matière de services de relève hors du domicile : Oui Non

Veillez lire et signer :

Je souhaite m'inscrire au Programme CHAP. Je comprends que tous les renseignements que je fournis serviront à faciliter le processus d'appariement d'un(e) aidant(e) à ma famille. Je suis disposé(e) à sélectionner, interviewer et engager sous contrat un(e) aidant(e) à ma propre discrétion.

Signature

Date

Veillez retourner à : CHAP « Community Helpers for Active Participation » (Aidants communautaires pour une participation active) (voir l'adresse ci-dessous)

Commandité par le ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
respite services.com respecte la confidentialité de vos renseignements. Nous protégeons vos renseignements personnels et respectons toutes les exigences législatives. Nous ne louons, ne vendons, ou n'échangeons pas nos listes de diffusion. Nous utilisons les renseignements que vous nous fournissez pour vous mettre en relation avec des aidants pertinents, pour vous tenir au courant de nos activités et de nos autres programmes/services de relève et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si vous souhaitez cesser de recevoir cette information à un moment donné, veuillez tout simplement communiquer avec nous par téléphone au 905 507 9360 ou par courriel à riva@cdrpc.com.

75, avenue Watline, unité 103, Mississauga (Ontario) L4Z 3E5 Tél. : 905-507-9360 Téléc. : 905-890-8325 riva@cdrpc.com