

## Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées – Formulaire de planification des vacances et des voyages

### Renseignements biographiques

<b>Nom de la personne :</b>	<b>Date de naissance de la personne :</b>
<b>Travailleur des services communautaires :</b>	<b>Fournisseur de services :</b>
<b>Subrogé (biens) :</b>	<b>Subrogé (soins personnels) :</b>

### Renseignements sur les vacances ou le voyage

<b>Date de début des vacances ou du voyage :</b>	<b>Date de fin des vacances ou du voyage :</b>
<b>Destination (nom et adresse(s) de l'hébergement)</b>	

### Coordonnées de la personne de soutien accompagnant la personne

<b>Nom de la première personne de soutien :</b>	<b>Numéro de téléphone de la première personne de soutien :</b>
<b>Lien avec la personne (comme membre du personnel du fournisseur de services, membre de la famille, ami et autres) :</b>	
<b>Nom de la deuxième personne de soutien :</b>	<b>Numéro de téléphone de la deuxième personne de soutien :</b>
<b>Lien avec la personne (comme membre du personnel du fournisseur de services, membre de la famille, ami et autres) :</b>	

<b>Nom de la troisième personne de soutien :</b>	<b>Numéro de téléphone de la troisième personne de soutien :</b>
<b>Lien avec la personne (comme membre du personnel du fournisseur de services, membre de la famille, ami et autres) :</b>	

### Renseignements sur la planification

<b>Les vacances ou le voyage ont-ils été précisés dans le plan individuel de la personne?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>La personne a-t-elle souscrit une assurance voyage hors province?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>Les conseils aux voyageurs et avertissements ont-ils été passés en revue? La décision d'aller de l'avant montre-t-elle que la personne, son réseau de soutien et son subrogé sont conscients des risques?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>Le subrogé de la personne a-t-il été informé des vacances ou du voyage et a-t-il donné son approbation?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>Le fournisseur de services de jour, le fournisseur des services de transport et tout autre fournisseur de services applicable de la personne ont-ils été informés de l'absence? Le Programme de réglementation des soins en résidence a-t-il été informé en cas d'absence prolongée??</b>	Oui	Non	S.O.
<b>La personne dispose-t-elle d'une quantité suffisante de médicaments pour la durée des vacances ou du voyage, et la légalité de ces médicaments dans le pays de destination a-t-elle été examinée et confirmée?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>La personne prend-elle des médicaments pour lesquels il faut présenter des documents aux frontières?</b>	Oui	Non	S.O.
<b>Si vous avez répondu « oui » à la question ci-dessus, des documents ont-ils été obtenus auprès du médecin ou du pharmacien?</b>	Oui	Non	S.O.

<p><b>Les besoins en matière de soutien de la personne ont-ils été soigneusement pris en compte dans le cadre de son plan de soutien? Il s'agit notamment des mesures d'adaptation au chapitre de l'accessibilité, des considérations sensorielles, des protocoles relatifs aux convulsions, des stratégies de soutien comportemental, des mesures de sécurité dans l'eau et des exigences en matière de supervision.</b></p>	Oui	Non	S.O.
<p>Le cas échéant, veuillez décrire le plan visant à répondre à ces besoins, y compris le type de surveillance nécessaire et la manière dont elle sera assurée (et veillez à ce que le tout soit documenté dans le plan de soutien) :</p>			

**Renseignements financiers**

<p><b>Les vacances ou le voyage ont-ils été précisés dans le plan financier personnel de la personne?</b></p>	Oui	Non	S.O.
<p><b>Une Autorisation de dépense a-t-elle été remplie (s'il y a lieu)?</b></p>	Oui	Non	S.O.
<p><b>La personne dispose-t-elle de fonds suffisants pour les vacances ou le voyage?</b></p>	Oui	Non	S.O.

**Renseignements budgétaires**

<p><b>Coût de l'hébergement :</b></p>	<p><b>Coûts de transport :</b></p>
<p><b>Coût de la nourriture :</b></p>	<p><b>Frais pour les loisirs et les activités :</b></p>
<p><b>Coûts des dépenses personnelles :</b></p>	<p><b>Autres coûts (le cas échéant) :</b></p>

**Aide à l'emploi et au revenu/Programme manitobain de soutien pour personne handicapée**

<p><b>A-t-on communiqué avec l'Aide à l'emploi et au revenu ou le Programme manitobain de soutien pour personne handicapée pour déterminer l'incidence des vacances ou du voyage sur les prestations de la personne?</b></p>	Oui	Non	S.O.
--	-----	-----	------

**Commentaires**

**Approbation**

**Nom de la personne**

**Signature de la personne**

**Date**

**Nom du subrogé (biens)**

**Signature du subrogé (biens)**

**Date**

**Nom du subrogé  
(soins personnels)**

**Signature du subrogé (soins  
personnels)**

**Date**

**Nom du fournisseur de  
services**

**Signature du fournisseur  
de services**

**Date**

**Accusé de réception**

**Travailleur des services  
communautaires Nom**

**Travailleur des services  
communautaires Signature**

**Date**