

La présente demande vise à appuyer une personne participant à l'un ou plusieurs des programmes suivants :

- Aide à l'emploi et au revenu Services aux enfants handicapés Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Services à la famille est autorisé à recueillir des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en vertu de l'alinéa 36(1)b) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)* et du paragraphe 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP)* respectivement, car ces renseignements sont indispensables et ont directement trait à l'administration des soutiens admissibles fournis dans le cadre des programmes susmentionnés ainsi qu'à l'acquisition et à la fourniture d'équipement et de matériel médicaux. Nous avons limité les renseignements personnels que nous recueillons à la quantité minimale nécessaire à ces fins. Vos renseignements personnels sont protégés en vertu des dispositions relatives à la protection de la vie privée de la *LAIPVP* et de la *LRMP*. Nous ne pouvons ni utiliser ni divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, sauf consentement de votre part ou si l'une des deux lois précitées nous y autorise. Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la *LAIPVP* au 114, Garry, 2 étage, Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4 (tél. : 204 945-2013).

- **Partie 1** : à remplir au nom du demandeur (par exemple, le « client »).
- **Partie 2** : à remplir seulement par un professionnel exerçant une profession de la santé réglementée.
- **Partie 3a** : à remplir au nom du demandeur (par exemple, le « client ») par tout professionnel exerçant une profession de la santé réglementée.
- **Partie 3b** : à remplir au nom du client par un ergothérapeute, un physiothérapeute, un thérapeute respiratoire ou un orthophoniste. Les lettres de justification des demandes d'équipement spécialisé doivent être incluses dans le présent formulaire de demande ou jointes à celui-ci.

OBJECTIF DU PROGRAMME : offrir de l'équipement et des appareils médicaux de base et économiques pour répondre à des besoins médicaux essentiels.

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

NOM DE FAMILLE DU CLIENT		PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIEME		DATE DE NAISSANCE (JJ MM AA)			
ADRESSE		VILLE OU VILLAGE		CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			
ADRESSE DE LIVRAISON (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)						SEXE		NIP	
VILLE OU VILLAGE						CODE POSTAL		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
PARENT/TUTEUR/OFFICE (le cas échéant) :			NUMÉRO DE DOSSIER D'AIDE À L'EMPLOI ET AU REVENU (le cas échéant)			DATE DE LA DEMANDE (JJ MM AA)			
TAILLE (pi/po) et POIDS (lb)			EST-CE QU'AU MOINS UNE DE CES PRESTATIONS EST COUVERTE PAR UN RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE PUBLIC OU PRIVÉ (p. ex., ORS, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA, BLUE CROSS, COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS ou AUTRE)?						
TAILLE :			POIDS :			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
SI OUI, INDIQUEZ LA OU LES PRESTATIONS COUVERTES									
DIRECTIVES DE LIVRAISON (le cas échéant)									

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE L'ORDONNANCE OU SUR LE PROFESSIONNEL EXERÇANT UNE PROFESSION DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉE

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		ORGANISME					
ADRESSE		VILLE OU VILLAGE		CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR				COURRIEL		SIGNATURE			
LE CLIENT EST-IL EN ATTENTE D'UN CONGÉ DE L'HÔPITAL?						DATE DU CONGÉ DE L'HÔPITAL			
<input type="checkbox"/> NON						<input type="checkbox"/> OUI			

PARTIE 3a : DEMANDE D'ÉQUIPEMENT STANDARD (offert dans le catalogue de l'Organisme chargé de la distribution du matériel)

DIAGNOSTIC		
DESCRIVEZ LES CONSÉQUENCES DU TROUBLE MÉDICAL DU CLIENT SUR SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES		
PRODUITS DU CATALOGUE (Consultez le <i>MDA Medical Products Catalogue</i> ; au besoin, une liste d'articles additionnels peut être jointe au présent formulaire)		
N° SAP	QUANTITÉ	DESCRIPTION DU PRODUIT

PARTIE 3b : DEMANDE D'ÉQUIPEMENT SPÉCIALISÉ (Veuillez joindre une lettre justificative ou un rapport pour appuyer la demande en suivant les directives ci-après.)

DIAGNOSTIC

EXEMPLE DE RENSEIGNEMENTS PERTINENTS POUR JUSTIFIER DES DEMANDES D'ÉQUIPEMENT SPÉCIALISÉ (p. ex., système d'ascenseur, lève-personne sur rail au plafond, rampes)

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a précipité la demande? • Quels sont les résultats visés ou buts quant à l'utilisation de l'équipement ou de l'appareil? • Renseignements médicaux : <ul style="list-style-type: none"> - Intervention médicale pertinente? (inclure les rapports médicaux applicables) - Pronostic? 	RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE OU ENVIRONNEMENTALE <ul style="list-style-type: none"> • Si nécessaire, est-ce qu'une évaluation à domicile a été effectuée? • Capacités fonctionnelles (p. ex., mobilité, déplacements, compétences selon l'échelle des activités de la vie quotidienne) • Habiletés physiques ou restrictions quant à l'équipement demandé (p. ex., contrôle des mouvements de la tête, amplitude des mouvements, vision, équilibre) • Habiletés cognitives quant à l'équipement demandé (par exemple, aptitudes visuo-spatiales, jugement, etc.)
ENVIRONNEMENT ET AUTRES SOUTIENS <ul style="list-style-type: none"> • Indiquez le type et l'état de l'équipement actuel et la raison pour laquelle il ne répond plus aux besoins du client. • Quelle était la source de financement de l'équipement actuel? (si connue) • Pour l'instant, comment répond-on au besoin? 	PARAMÈTRES DU PRODUIT <ul style="list-style-type: none"> • Indiquez les solutions possibles en matière d'équipement (y a-t-il plus d'une solution possible?) • Précisez les paramètres du produit et fournissez des justifications médicales pour chacun d'entre eux. ÉQUIPEMENT TESTÉ <ul style="list-style-type: none"> • Indiquez tous les équipements et appareils testés et le résultat des essais. • Décrivez les raisons du rejet de certaines solutions.

<p>DISPOSITIF DE COMMUNICATION (seulement pour les clients du Programme des services aux enfants handicapés)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les appareils d'adaptation et de suppléance à la communication doivent être le principal mode de communication de l'enfant. Les ordinateurs domestiques ne font pas partie de la catégorie des appareils d'adaptation et de suppléance à la communication. • Vous devez démontrer pourquoi un appareil d'adaptation et de suppléance à la communication est requis et comment celui-ci répondra aux besoins de l'enfant. • Est-ce que l'appareil d'adaptation et de suppléance à la communication est lié au handicap? Serait-il requis pour un enfant du même âge sans handicap? 	<p>JUSTIFICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indiquez la relation entre les besoins médicaux du client et l'équipement requis. • Fournissez des justifications pour les composants de l'équipement, particulièrement s'ils sont considérés comme « accessoires » (c'est-à-dire qu'ils vont au-delà de l'équipement « de base et essentiel »). • Indiquez les résultats attendus avec l'équipement demandé.
---	---

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DÛMENT REMPLI PAR VOIE ÉLECTRONIQUE, PAR COURRIEL, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE À :
Services de soutien aux personnes malades ou handicapées, Services provinciaux, 114, rue Garry, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3C 1G1
POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS, VOUS POUVEZ NOUS JOINDRE PAR TÉLÉPHONE au 204 945-4393 ou au 1-877-587-6224 (sans frais),
PAR TÉLÉCOPIEUR au 204 945-1436, ou PAR COURRIEL à disandhealthsupports@gov.mb.ca.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NOM DU GESTIONNAIRE DE CAS		BUREAU RÉGIONAL / ZONE COMMUNAUTAIRE
TERMINÉ LE (DATE)	IDENTIFIANT DU CLIENT DANS INFAC	INITIALES DE L'AGENT D'ÉVALUATION OU DU CONSEILLER EN SERVICES

*Ces renseignements sont offerts dans de multiples formats sur demande.
This information is available in alternate formats upon request.*