Demande relative au Projet pilote d’intégration
des services aux adultes

# Description du projet

Le gouvernement du Manitoba collabore avec les personnes handicapées, la Commission des droits de la personne du Manitoba et l’Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) pour élaborer et diriger le Projet pilote d’intégration des services aux adultes, conçu pour évaluer et combler les lacunes des services offerts aux adultes de 18 ans ou plus ayant :

1. soit un diagnostic médical et des besoins permanents complexes liés à un handicap physique;
2. soit un diagnostic médical et des besoins permanents complexes liés à un handicap physique et intellectuel.

Le Projet pilote d’intégration des services aux adultes est à la recherche de personnes de la région sanitaire de Winnipeg qui éprouvent des difficultés à avoir accès à des mesures de soutien et à des services au Manitoba et qui peuvent avoir des besoins complexes dans un ou plusieurs des domaines suivants, notamment : soins personnels, soins à domicile, logement, services de jour, emploi, équipement, santé mentale, médicaments sur ordonnance, transport, revenu et services de relève.

Le comité directeur de l’intégration des services aux adultes se réserve le droit d’exercer un pouvoir discrétionnaire lors du processus de sélection si un demandeur qui ne satisfait pas aux critères énoncés aux points 1 ou 2 se heurte manifestement à des obstacles de taille liés à un handicap pour l’obtention de mesures de soutien et de services dans les domaines mentionnés ci-dessus.

Les participants prendront part à un processus innovateur conçu pour déterminer les obstacles aux services ou les lacunes de ceux-ci et pour trouver des solutions créatives qui améliorent la qualité de vie et permettent une évaluation axée sur la personne et visant à mesurer les résultats des participants. La durée prévue du programme pilote pourrait aller jusqu’à 30 mois. Le Projet pilote d’intégration des services aux adultes invite les personnes qui souhaitent participer au projet pilote à soumettre une demande par un des moyens suivants :

* en remplissant un formulaire électronique à [http://www.gov.mb.ca/fs/ias/index.fr.html](https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.gov.mb.ca%2Ffs%2Fias%2Findex.fr.html&data=05%7C01%7CLaurel.Litardi%40gov.mb.ca%7C074cc25dccb04c65458a08dabd13f65c%7Cabf64de92a5c4d77baa2a76265367d3a%7C0%7C0%7C638030190671123575%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=lzRY1SrwVXE1qNMnJzYmDK0wcHzJIsalo%2F3JrAa%2BrPQ%3D&reserved=0);
* en remplissant la version texte ou Word du formulaire de demande et en l’envoyant au ministère des Familles ou à l’ORSW par courriel à IntegratedAdultServices@gov.mb.ca ou par la poste, en la déposant en personne au 170, rue Goulet, 3e étage, Winnipeg (à l’attention du Projet pilote d’intégration des services aux adultes) ou en envoyant une télécopie du formulaire au 204 948-3282;
* en fournissant les renseignements dans le corps d’un courriel et en l’envoyant à IntegratedAdultServices@gov.mb.ca;
* en téléphonant au 204 945-6533 pour fournir les renseignements verbalement ou pour demander un autre format de demande.

**La date limite de présentation des demandes de participation au Projet pilote d’intégration des services aux adultes est le 9 décembre 2022 à 23 h 59, heure normale du Centre.**

# Projet pilote d’intégration des services aux adultes Formulaire de demande

## Prénom(s) du demandeur :

## Nom de famille du demandeur :

Nom de la personne qui remplit le formulaire (si elle n’est pas le demandeur) et lien avec le demandeur :

## Adresse du demandeur :

## Diagnostic médical du demandeur :

Le demandeur est âgé d’au moins 18 ans :Oui ☐ Non☐

Le demandeur a un handicap complexe :Oui ☐ Non ☐ Incertain ☐

## Veuillez cocher tous les domaines pour lesquels le demandeur a besoin de soutien :

[ ]  Soins personnels [ ]  Santé mentale

[ ]  Soins à domicile [ ]  Médicaments sur ordonnance

[ ]  Logement [ ]  Transport

[ ]  Services de jour [ ]  Revenu

[ ]  Emploi [ ]  Services de relève

[ ]  Équipement [ ]  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Veuillez décrire les conséquences du handicap du demandeur sur sa vie quotidienne :

## Coordonnées :

Téléphone Adresse courriel

Moyen de communication à privilégier :

[ ]  Téléphone

[ ]  Courriel

[ ]  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Informations démographiques :

1. Quel âge avez-vous?

[ ]  Entre 18 et 24 ans [ ]  Entre 55 et 64 ans

[ ]  Entre 25 et 34 ans [ ]  Entre 65 et 74 ans

[ ]  Entre 35 et 44 ans [ ]  75 ans ou plus

[ ]  Entre 45 et 54 ans [ ]  Je préfère ne pas répondre.

1. Quelle est votre identité de genre? (Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent.)

[ ]  Femme [ ]  Personne transgenre

[ ]  Homme [ ]  Personne bispirituelle

[ ]  Personne non binaire [ ]  Autre identité de genre

[ ]  Je préfère ne pas répondre.

1. Vous identifiez-vous comme personne autochtone? Si oui, veuillez préciser : (Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent.)

[ ]  Membre des Premières Nations [ ]  Je ne sais pas.

[ ]  Personne inuite [ ]  Je préfère ne pas répondre.

[ ]  Personne métisse

1. Nous sommes conscients du fait que cette liste d’identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. En gardant cela à l’esprit, sur le plan racial ou ethnique, diriez-vous que vous appartenez à la communauté :

[ ]  africaine [ ]  asiatique du Sud-Est

[ ]  noire [ ]  latino-américaine

[ ]  chinoise [ ]  autochtone d’Amérique du Nord

[ ]  philippine [ ]  blanche

[ ]  sud-asiatique [ ]  Je préfère ne pas répondre.

[ ]  autre

1. Dans quelle collectivité résidez-vous?

[ ]  Winnipeg [ ]  West St. Paul

[ ]  East St. Paul [ ]  Churchill

# Autorisation de recueillir des renseignements

Le gouvernement du Manitoba et l’Office régional de la santé de Winnipeg sont autorisés à recueillir vos renseignements personnels et vos 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 et du paragraphe 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels respectivement, car ces renseignements ont directement trait et sont nécessaires à la détermination de l’admissibilité au Projet pilote d’intégration des services aux adultes.

Vos renseignements sont protégés par les dispositions de protection de la vie privée de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels. Le gouvernement du Manitoba et l’Office régional de la santé de Winnipeg ne peuvent pas utiliser ou divulguer vos renseignements personnels ni vos renseignements médicaux personnels à d’autres fins, à moins que vous y consentiez ou que les administrateurs du Projet pilote d’intégration des services aux adultes soient autorisés à le faire ou y soient tenus en vertu de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

# Consentement

Par la présente, j’autorise (ou nous autorisons, selon le cas) la divulgation des renseignements contenus dans la présente demande aux représentants du gouvernement du Manitoba et de l’Office régional de la santé de Winnipeg aux fins de déterminer l’admissibilité au Projet pilote d’intégration des services aux adultes. Je comprends (ou nous comprenons) que la présentation d’une demande ne garantit pas la participation du demandeur au Projet pilote d’intégration des services aux adultes et que des renseignements supplémentaires pourraient être exigés à une date ultérieure pour la détermination de l’admissibilité.

Si vous avez des questions à propos de la collecte de renseignements, veuillez communiquer avec Krystina Costella, gestionnaire de cas, ministère des Familles, 170, rue Goulet, 3e étage, Winnipeg, 204 945-6533.

**Signature du demandeur (ou signature du représentant légal du demandeur) :**

**Nature de l’autorité légale (s’il y a lieu) :**

**Date :**

 **LE FORMULAIRE EST DISPONIBLE EN D’AUTRES FORMATS, SUR DEMANDE.**

**VEUILLEZ COMPOSER LE 204 945-6533 POUR OBTENIR DE L’AIDE.**