

DEMANDE DE SOUTIEN POUR RÉADAPTATION

Section 1 - À compléter par le demandeur

1.1 Renseignements sur l'identité de la personne qui demande un soutien

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (A-M-J)
Numéro de téléphone	Adresse courriel	
Nom de famille du représentant si différent du candidat	Prénom	

1.2 Court résumé de la raison qui vous amène à faire une demande

Impression clinique / Diagnostic / Raison du besoin	Date d'évaluation (A-M-J)	Nombre de traitements reçus antérieurement si tel est le cas
Commentaires :		

Section 2 - À compléter par le professionnel Physio Extra

2.1 Informations cliniques (à remplir dans tous les cas)

Commentaires :

- Date de la dernière visite pour services professionnels (évaluation ou suivi) : _____
- Fréquence des visites : _____

2.2 Recommandations ou explications du parrain (à remplir dans tous les cas)

Commentaires :

2.3 Budget à prévoir

Nombre de traitements à prévoir s'échelonnant sur une période maximale de 6 mois. (La clinique qui fournira les soins devra accepter d'offrir les traitements à un prix privilège soit 33 % de moins).

- Discipline (Physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, kinésiologie, acupuncture) : _____
- Nombre de traitement(s) par semaine : _____ Nombre de semaines prévues : _____
- Capacité du candidat à déboursier par traitement (en \$ ou en %): _____

Commentaires :

2.4 Consentement à la divulgation des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels ayant évalué ou traité le candidat transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité.

Nom : _____

Signature : _____ Date _____

Courriel : _____

Toutes les demandes complétées seront analysées dans les 45 jours suivant la réception de la demande. Une réponse sera acheminée par courriel dès qu'une décision aura été prise.

Retournez la demande à fondation@physioextra.ca