

DEMANDE DE SUPPORT POUR SOINS EN PRIVÉS

Section 1- Doit être complétée par le demandeur ou le parrain

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

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (A-M-J)
Nom de famille du représentant si différent du candidat	Prénom	Date de naissance (A-M-J)
Nom du parrain	Prénom	

1.2 Brève histoire de la raison qui vous amène à faire une demande

Commentaires :

1.3 Situation économique familiale (emploi et employeur du demandeur ou du répondant)

Commentaires :

Section 2 - Doit être compléter par le professionnel Physio Extra

2.1 Impression clinique (à remplir dans tous les cas)

Impression clinique	Date d'évaluation (A-M-J)	Nombre de traitements reçus antérieurement si tel est le cas

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

2.2 Traitement et recommandations (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 33 % de moins).

- Discipline (Physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, kinésiologie, acupuncture) : _____
- Nombre de traitement(s) par semaine : _____
- Nombre de semaines prévues : _____
- Capacité du candidat à payer par traitement : _____

Commentaires :

2.4 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité le candidat, parent ou tuteur du candidat qui a besoin de soutien, transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité.

Nom : _____

Signature : _____ Date _____

Courriel : _____



Toutes les demandes complétées sont 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

3.1 Approbation de la Fondation Physio Extra

Discipline (Physiothérapie, ergothérapie, ostéopathie, kinésiologie, acupuncture)	
Nombre de traitement(s) par semaine	
Nombre de semaines prévues	
Contribution du candidat à payer par traitement	
Contribution assumée par la Fondation Physio Extra	
Contribution assumée par la clinique	
Particularités	

3.2 signature de l'entente

Nom du bénéficiaire	
Signature du bénéficiaire ou de son répondant	
Nom de membre du comité FPE	
Signature du membre du comité FPE	