

ID #: _____

Inscription de Famille

Informations de Parent/ Soignant(e)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : _____

Adresse : _____ Apt : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Intersection la plus proche : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Télécopieur : _____ Courriel : _____

Lien au individu : Mère Père Tuteur/tutrice légale

Autre (précisez) : _____

Langue parlée à la maison : _____

Interprète requis : Oui Non Si oui, identifiez la langue : _____

Informations du Contact Primaire

Cochez si c'est le même du Parent/ Soignant(e)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : _____

Adresse : _____ Apt : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Intersection la plus proche : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Télécopieur : _____ Courriel : _____

Lien au individu : Mère Père Tuteur/tutrice légale

Autre (précisez) : _____

Informations de l'individu (fils/fille)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : _____

Cochez si l'adresse est la même du Parent/ Soignant(e):

Adresse : _____ Apt : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

D.O.B. : _____ M / F

Individuel (fils / fille) Information

S'il vous plaît intérêts liste et passe-temps de votre fils / fille: _____

ID #: _____

Incapacité et besoins particuliers

Diagnostic:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH / ADD | <input type="checkbox"/> Non applicable | <input type="checkbox"/> la santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Lésions cérébrales acquises | <input type="checkbox"/> déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> TOC |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> ODD |
| <input type="checkbox"/> Troubles du spectre autistique | <input type="checkbox"/> double diagnostic | <input type="checkbox"/> Déficience physique |
| <input type="checkbox"/> Autisme / TED | <input type="checkbox"/> SAF / FAED | <input type="checkbox"/> convulsions |
| <input type="checkbox"/> comportements difficiles | <input type="checkbox"/> déficience auditive | <input type="checkbox"/> difficultés à avaler |
| | <input type="checkbox"/> complexe médicalement | <input type="checkbox"/> déficience visuelle |

Autres besoins:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non applicable | <input type="checkbox"/> colostomie soins | <input type="checkbox"/> inhalothérapie | <input type="checkbox"/> Nourrir TPN |
| <input type="checkbox"/> Cathétérisme | <input type="checkbox"/> Epi Pen | <input type="checkbox"/> oxygène | <input type="checkbox"/> trachéotomie |
| <input type="checkbox"/> Central Line (CVC) | <input type="checkbox"/> G/J Tube | <input type="checkbox"/> aspirantes | <input type="checkbox"/> ventilateur |

Soutien nécessaire:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non applicable | <input type="checkbox"/> soutien à l'emploi | <input type="checkbox"/> soins personnels |
| <input type="checkbox"/> communication devices alternative | <input type="checkbox"/> levage/transferts | <input type="checkbox"/> physio/ergothérapie |
| <input type="checkbox"/> appareils et accessoires fonctionnels | <input type="checkbox"/> médicale | <input type="checkbox"/> l'intégration sensorielle |
| <input type="checkbox"/> comportementale | <input type="checkbox"/> administration de médicaments | <input type="checkbox"/> Langue des signes |
| <input type="checkbox"/> compagnon de camp | <input type="checkbox"/> mobilité | <input type="checkbox"/> communication et la parole |
| <input type="checkbox"/> maison/vivre associé | <input type="checkbox"/> soins infirmiers | <input type="checkbox"/> transport |
| <input type="checkbox"/> intervention comportementale intensive | <input type="checkbox"/> l'alimentation orale | <input type="checkbox"/> tutorat |
| <input type="checkbox"/> premiers soins | <input type="checkbox"/> RCR | <input type="checkbox"/> IPC / NVCI |

Informations complémentaires: _____

Si vous vous inscrivez le Programme CHAP pour vous connecter avec les travailleurs, s'il vous plaît continuer et de remplir les deux pages suivantes. Autrement, s'il vous plaît soumettre votre demande à l'adresse ci-dessous.

ID #: _____

Conditions pour Travailleurs

 Travailleuse Sexe : Homme Femme Peu importe

 Salaire horaire: \$10 - \$12 \$12 - \$15 \$15+ Négociable

Pour le soutien répit on a besoin d'un travailleur/une travailleuse avec :

-
- un permis de conduire
-
-
- son propre véhicule

Devoirs de travailleur/travailleuse / Commentaires supplémentaires :

S.V.P. incluez : le soutien personnel nécessaire, les exigences pour le travailleur/la travailleuse, besoins de soutien particuliers etc.

 Disponibilité nécessaire de travailleur/travailleuse (à part des mois d'été) :
 (Cochez les jours et les heures nécessaires ou préférés)

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant les heures de classe (7h-9h)							
Matins (9h-12h)							
Après midi (12h-16h)							
Après l'école (15h-17h)							
Soirs (17h-23h)							
Pendant la nuit							
Été:	Matins	Après-midi	Soirs	Fins de semaine	Pendant la nuit	Samedi	Dimanche
Autres:	Semaine de relâche en mars	Fêtes	Relève				

 S'il vous plaît identifier les temps sont requis ou préféré: _____

ID #: _____

Petite annonce

Voudriez-vous avoir une petite annonce sur notre site d'internet : Oui Non

S'il vous plaît écrivez votre petite annonce pour notre site d'internet. En ayant une petite annonce, des travailleurs/travailleuses Programme du CHAP qui cherchent les postes peuvent voir des possibilités de travail et nous demander d'envoyer leur profil aux familles qu'ils s'intéressent à soutenir. Nous affichons les petites annonces pour un mois mais on peut les renouveler n'importe quand. Les informations privées de la famille ne sont pas incluses dans la petite annonce. À l'inscription, on attribue un numéro d'identification à chaque famille.

Programme du CHAP Petite annonce de famille
Description de l'individu :

Devoirs et Activités de Travailleur/Travailleuse :

Informations supplémentaires

Préférence de moyen de recevoir des profils des travailleurs/travailleuse :

poste télécopieur courriel

Voulez-vous parler à un Coordinateur du Programme CHAP sur les options de répit?

Oui Non

Je suis intéressé à être inscrit au programme CHAP. Je comprends que l'information fournie sera utilisée pour faciliter le processus d'appariement d'un travailleur (s) avec ma famille. Je suis prêt à sélectionner, interview et contrat d'un travailleur à ma propre discrétion.

Signature

Date

Comment apprenez-vous de respiteservices.com? _____

Quel type de sources de financement recevez-vous actuellement?

- Aide pour les enfants avec le programme ont un handicap grave
 Services particuliers à domicile Passport Financement individualisé
 Le financement relève accrus Financement troubles du spectre autistique - Wesway
 Famille Réalisé financement - Wesway District Seniors Répit - Financement Famille Réalisé - Wesway

Genre de soutien de répit nécessaire:

- Travailleur/travailleuse de répit à domicile À l'extérieur Les deux Inconnu

Nom de ce/celle qui remplit le demande : _____

Lien à l'utilisateur de service/individu : _____

Agence qui remplit le demande (le cas échéant) : _____

Qui recevra l'information : Parent/ Soignant(e) Contact primaire

Parrainé par Wesway Inc

respiteservices.com respecte votre vie privée. Nous protégeons vos renseignements personnels et de respecter toutes les exigences législatives. Nous ne sommes pas louer, vendre ou le commerce de nos listes de diffusion. Les informations que vous nous fournissez seront utilisés pour vous connecter à des travailleurs qui conviennent, de vous tenir informé sur nos activités et d'autres programmes de répit / services et d'envoyer des formulaires à jour. Si à tout moment vous ne souhaitez plus recevoir ces informations, il suffit de nous contacter à : (807) 623-2353 ou via courriel à respiteservices@wesway.com