



FORMULAIRE DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Afin de procéder à l'évaluation psychosociale de la personne bénéficiaire et de déterminer son éligibilité au programme de chien d'assistance de Les Chiens BLOOM, ce formulaire a pour objectif de recueillir les informations nécessaires avant la rencontre en visioconférence avec un-e intervenant-e en travail social.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Date de naissance : _____ Pronom(s) : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse complète du domicile : _____

IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTRICE·EUR LÉGAL·E

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Lien : _____ Pronom(s) : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse complète du domicile : _____

Si la personne bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité de prendre en charge l'animal pendant une période indéterminée, serez-vous en mesure de vous occuper du chien d'assistance ? Oui Non

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Lien : _____ Pronom(s) : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse complète du domicile : _____

Si la personne bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité de prendre en charge l'animal pendant une période indéterminée, serez-vous en mesure de vous occuper du chien d'assistance ? Oui Non

INFORMATION SUR LE MILIEU DE VIE

Dans quel type de résidence vivez-vous ? Logement Condo Maison

Êtes-vous locataire ou propriétaire ? Locataire Propriétaire

Si vous êtes locataire, avez-vous l'autorisation du/de la propriétaire de votre résidence concernant la présence du chien d'assistance en formation ? Oui Non

*Veillez noter qu'au Québec, les chiens d'assistances ont un droit d'accès aux lieux publics et résidences que lorsqu'ils sont **certifiés**. Par conséquent, l'animal en formation peut se voir refuser l'accès par la/le propriétaire d'une habitation s'il n'a pas eu l'autorisation au préalable.*

Veillez fournir des informations sur les personnes qui résident dans le même domicile que vous, le cas échéant.

Prénom, Nom	Lien	Âge	Allergie aux animaux
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce qu'il y a d'autres personnes allergiques aux animaux dans votre entourage ? Oui Non

Si oui, précisez la nature de votre relation et les allergies : _____

Avez-vous déjà un chien que vous souhaitez faire évaluer afin qu'il devienne chien d'assistance ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir les informations suivantes :

Nom du chien : _____ Date de naissance : _____

Race : _____ Poids : _____ lbs Hauteur (garrot) : _____

Est-ce que le chien est destiné à la reproduction ? Oui Non

Êtes-vous l'unique propriétaire de l'animal ? Oui Non

Avez-vous d'autres animaux au domicile ? Oui Non

Si oui, précisez leurs espèces et âges : _____

PROFIL DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Quelles sont vos occupations ?

Étudiant·e : _____

Nombre d'heures par semaine : _____h

Travailleuse·eur : _____

Nombre d'heures par semaine : _____h

Sans emploi

Un retour au travail est-il prévu ? Oui Non

Quels sont vos loisirs et intérêts ? : _____

À quelle fréquence visitez-vous des lieux publics actuellement, en dehors de votre environnement de travail ou scolaire, si applicable ?

Pas du tout Très peu (1 à 2 fois par mois) Modérément (1 à 2 fois par semaine)

Fréquemment (3 à 4 fois par semaine) Assez fréquemment (5 fois ou plus par semaine)

Quels suivis psychosociaux avez-vous eus par le **passé** en lien avec vos défis actuels ? (Professionnel·le-s, établissement, année de début et de fin du suivi) : _____

Quel·le·s sont les professionnel·le·s faisant partie de votre équipe traitante **actuelle** ?

Professionnel·le #1	
Prénom et nom	
Titre professionnel et numéro de permis	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date de début du suivi	
Fréquence du suivi	

Professionnel·le #2	
Prénom et nom	
Titre professionnel et numéro de permis	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date de début du suivi	
Fréquence du suivi	

Professionnel·le #3	
Prénom et nom	
Titre professionnel et numéro de permis	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date de début du suivi	
Fréquence du suivi	

Professionnel·le #4	
Prénom et nom	
Titre professionnel et numéro de permis	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date de début du suivi	
Fréquence du suivi	

Acceptez-vous que Les Chiens BLOOM communique avec votre équipe traitante pour évaluer vos besoins et assurer un suivi si nécessaire, notamment les professionnel·le·s indiqué·e·s dans votre formulaire médical ?

Oui Non

Avez-vous un dossier IVAC ? Oui Non **Si oui**, inscrivez votre # de dossier : _____

Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux ? Oui Non

Si oui, pourriez-vous préciser les médicaments ainsi que les doses que vous prenez ? : _____

Consommez-vous de l'alcool ou des drogues ? Oui Non

Si oui, pourriez-vous indiquer la quantité et la fréquence à laquelle vous en consommez ? : _____

Je soussigné·e atteste que les informations fournies dans ce document sont exactes. Je m'engage à régler les frais d'analyse de mon dossier dès réception de la facture. En cas d'annulation de ma part moins de 24 heures avant la séance, aucun remboursement ne sera effectué.

Signature de la·du bénéficiaire ou de la·du tuteur·rice·eur légal·e

Date