



FORMULAIRE DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Afin de procéder à l'évaluation 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 : _____

Prenom(s) : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse complète du domicile : _____

IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTRICE·EUR LÉGAL·E

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien : _____

Prenom(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

INFORMATIONS 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
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ 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 : _____

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

Si oui, précisez la période : _____

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)

Afin de répondre aux besoins physiologiques du chien, vous devez être en mesure d'assurer des sorties quotidiennes à l'extérieur. En tenant compte de votre niveau d'énergie **actuel**, considérez-vous cela réaliste ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

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, fréquence) : _____

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	
Date de début du suivi	
Fréquence du suivi	

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

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

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

Acceptez-vous que Les Chiens BLOOM communique avec votre équipe traitante afin d'évaluer votre admissibilité au programme? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez prendre note que votre demande ne pourra pas être retenue si vous n'avez pas cumulé un minimum de dix (10) mois de suivis psychologiques, psychosociaux et/ou psychoéducatifs au cours des cinq (5) dernières années.

Avez-vous un dossier auprès de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez votre numéro 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 ? : _____

PROFIL DU CHIEN

Si seulement vous avez déjà un chien que vous souhaitez faire évaluer afin qu'il devienne chien d'assistance, veuillez remplir les informations suivantes :

Nom du chien : _____ Date de naissance : _____

Race : _____

Contexte d'adoption : ☐ Élevage : _____ ☐ Refuge : _____ ☐ Particulier

Un délai de trois (3) mois peut être exigé pour un chien adopté en refuge ou par un particulier, âgé de plus de cinq (5) mois, afin de lui permettre de bien s'adapter à son nouvel environnement avant l'évaluation comportementale.

Poids : _____ lbs Hauteur (garrot) : _____ po

Nous acceptons les chiens pesant au moins 25 livres OU mesurant un minimum de 15 pouces au garrot à l'âge adulte. Pour les chiots, l'un de ces critères devra être atteint à maturité.

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

Êtes-vous l'unique propriétaire de l'animal? ☐ Oui ☐ Non **Si non**, précisez : _____

Identifiez les qualités de votre chien : _____

Repérez les comportements ou attitudes à travailler chez votre chien: _____

Avez-vous déjà fait appel à un-e intervenant-e canin-e pour travailler avec votre chien? Si oui, précisez le ou les noms des professionnel-le-s consulté-e-s ou les écoles fréquentées, ainsi que les méthodes d'entraînement utilisées (outils ou techniques) : _____

Comment votre chien se comporte-t-il lorsqu'il est seul à la maison? (Ex. : aboie, détruit des objets, reste calme, dort) : _____

Votre chien a-t-il déjà montré des signes de protection de ressources (ex. : jouets, nourriture) comme figer, fuir ou grogner ? Si oui, envers qui et à quelle fréquence ? _____

Quelle est la réaction habituelle de votre chien lorsqu'une personne inconnu-e s'approche de lui? (Ex. : reste à distance, s'approche avec curiosité, s'excite, aboie) : _____

Votre chien est-il déjà sorti dans des lieux publics? Si oui, comment réagit-il dans ces environnements? (Ex. : s'excite, explore en reniflant, reste calme, observe attentivement) : _____

Votre chien a-t-il déjà été en contact avec des enfants? Si oui, décrivez sa réaction et son comportement dans ces situations (Ex. : doux, curieux, réservé, joueur) : _____

Votre chien a-t-il déjà interagi avec d'autres chiens? Si oui, comment réagit-il généralement face à eux? (Ex. : joueur, observe à distance, indifférent, réactif) : _____

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

Si oui, précisez leurs espèces et âges : _____

SIGNATURE

Je, soussigné-e, déclare avoir répondu aux questions au meilleur de mes connaissances et en toute honnêteté.

Je m'engage à acquitter les frais d'analyse des documents, fixés à **50 \$ plus taxes**.

Si les informations fournies sont jugées complètes, une rencontre d'analyse du dossier sera planifiée, au coût de **150 \$ plus taxes**. Ce paiement doit être effectué au moins vingt-quatre (24) heures avant la rencontre prévue, sans quoi celle-ci sera annulée.

Ces frais couvrent :

- Une rencontre avec un-e intervenant-e en travail social ;
- L'élaboration d'un plan d'entraînement personnalisé ;
- Une consultation clinique avec les membres de l'équipe.

Je comprends que cette rencontre ne garantit pas l'admission au programme et confirme avoir pris connaissance des critères d'éligibilité disponibles sur le site web.

En cas d'annulation à moins de vingt-quatre (24) heures de la rencontre, 50 % des frais seront conservés.

Signature de la-du bénéficiaire ou de la-du tuteur-trice-ur légal-e

Date