



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 : _____

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 : _____

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

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

*Veuillez 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.*

Veuillez 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 : _____

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 ? : _____

[Signature obligatoire à la page suivante]

SIGNATURE

Je soussigné·e, déclare que les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes.

Je m'engage à acquitter les frais d'analyse de dossier, s'élevant à 200 \$ plus taxes, dès réception de la facture. Ces frais couvrent la rencontre avec un·e intervenant·e en travail social, l'élaboration d'un plan d'entraînement personnalisé, ainsi qu'une consultation clinique avec les membres de l'équipe.

Je reconnais avoir été informé·e que cette rencontre ne constitue pas une garantie d'admission. J'ai pris connaissance des critères d'éligibilité disponibles sur le site web et m'engage à les consulter attentivement avant de soumettre mes documents : <https://www.leschiensbloom.ca/chien-d-assistance>

En cas d'annulation de ma part moins de 48 heures avant la rencontre prévue, des frais équivalents à 50 % du montant total seront facturés.

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

Date