

Formulaire de demande avec questionnaire

Carte accompagnement loisir (CAL)



A Critères d'admissibilité

La Carte accompagnement loisir s'adresse uniquement aux personnes qui correspondent aux critères d'admissibilité suivants :

- Être une personne handicapée, c'est-à-dire, toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes
- Être âgé de 5 ans et plus
- Avoir besoin de l'aide d'une personne accompagnatrice lors de la réalisation d'une activité de loisir, culturelle ou touristique pour au moins une des raisons suivantes :
 - S'alimenter
 - Se déplacer
 - Communiquer
 - Réaliser ses soins personnels
 - S'orienter
 - Assurer le déroulement sécuritaire de l'activité

B Informations importantes

Aucune évaluation de nature médicale ou psychosociale n'est requise pour formuler une demande en vue d'obtenir la CAL.

Il est nécessaire de signer l'autorisation de divulgation de renseignements personnels à la **section G** pour pouvoir procéder à l'étude de votre demande. Consultez la **section J** pour savoir quel professionnel du réseau de la santé ou des services sociaux peut confirmer, avec votre autorisation, les informations que vous avez fournies.

C Renseignements sur le demandeur

Nom		Prénom			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Numéro	Rue	App.	Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone domicile	Téléphone bureau	Téléphone cellulaire	Adresse courriel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Date de naissance	Sexe		Langue de correspondance		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

D Coordonnées du représentant du demandeur (s'il y a lieu)

Nom		Prénom			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Téléphone domicile	Téléphone bureau	Téléphone cellulaire	Adresse courriel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Lien avec la personne handicapée					
<input type="checkbox"/> Père-mère <input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____					

E Mécanisme de vérification de l'admissibilité

Vous pourriez obtenir la CAL en complétant, ci-dessous, les informations et l'autorisation de divulgation d'informations personnelles.

Vous devez ensuite obtenir la signature d'un professionnel de la santé et des services sociaux que vous aurez identifié afin que celui-ci confirme les informations que vous avez fournies aux fins de l'étude de votre admissibilité à la carte accompagnement loisir.

L'AQLPH se réserve le droit de communiquer avec le professionnel de la santé et des services sociaux que vous aurez identifié en cas de vérification de l'admissibilité.

F Informations sur les besoins en matière d'accompagnement fournies par le demandeur

Veillez cocher le ou tous les énoncés qui s'appliquent à votre situation.

Je suis une personne handicapée et en raison de mes déficiences et incapacités, lorsque je réalise une activité de loisir, culturelle ou touristique, l'aide d'un accompagnateur m'est requise pour :

S'alimenter

- porter les aliments à ma bouche, couper les aliments, surveiller l'ingestion des aliments (incluant les problèmes potentiels liés à la déglutition, au risque d'étouffement), veiller sur l'adéquation de mes comportements liés à l'alimentation (éviter de lancer la nourriture ou piger dans les assiettes des autres, etc.) ou pour des soins nutritionnels complexes (alimentation parentérale, hyperalimentation intraveineuse).

Se déplacer

- effectuer les transferts, me repositionner régulièrement dans mon fauteuil, m'accompagner en raison d'une démarche non sécuritaire avec ou sans aide technique, propulser mon fauteuil roulant sur une longue distance (en raison d'une fatigabilité, manque de force) ou pour éviter les risques de chute dans les escaliers.

Communiquer

- comprendre l'information que l'on veut me communiquer ou pour me permettre d'interagir avec les autres, et ce, malgré la disponibilité d'aides techniques.

Réaliser ses soins personnels

- utiliser les toilettes (m'asseoir, me relever, me nettoyer, m'assécher), changer ma culotte de protection, me vêtir ou me dévêtir, assurer la prise de mes médicaments ou pour certains soins médicaux (changement de pansements, etc.).

S'orienter

- m'orienter dans le temps, obtenir des repères concernant les lieux, reconnaître les personnes ou mes biens.

Assurer le déroulement sécuritaire de l'activité

- prévenir des comportements susceptibles de nuire à ma sécurité ou à celle d'autrui en raison de réactions imprévisibles ou pour m'aider à gérer adéquatement mes réactions, parfois subites et significatives.

S'il y a lieu, indiquez toutes autres informations pertinentes concernant vos besoins d'accompagnement.

G Autorisation de divulgation de renseignements personnels pour une vérification auprès d'un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux

J'autorise M^{me} M.

travaillant au

Numéro Rue Bureau

Ville Province Code postal Téléphone Télécopieur

Adresse courriel (si disponible)

à fournir l'information demandée à la section **F**, contenue au dossier de

M^{me} M.

Date de naissance

aux seules fins d'avoir accès à une Carte accompagnement loisir et à retourner le formulaire de demande auprès de l'AQLPH.

Signature de la personne demandant la carte ou son représentant Date

***Consulter la liste des professionnels pouvant fournir ces informations à la section K**

***Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature**

H Attestation par un professionnel de la santé ou des services sociaux

Selon les informations dont je dispose, les renseignements fournis par

M^{me} M.

à la section **F** sur ses besoins en matière d'accompagnement sont conformes à sa situation.

Signature du *professionnel

Profession

N° permis d'exercice (s'il y a lieu) Date

I Engagement et signature de la personne demandant la carte

Si j'obtiens la Carte accompagnement loisir, je m'engage à :

- présenter la carte auprès des organismes partenaires qui la reconnaissent;
- choisir une personne capable d'agir à titre d'accompagnateur et de répondre à mes besoins pour un déroulement adéquat et sécuritaire de l'activité;
- informer l'AQLPH de tout changement de coordonnées, perte, vol ou bris de la carte;
- respecter l'interdiction de prêt de la carte à une autre personne.

Signature *

Je certifie que les renseignements que j'ai donnés pour déterminer mon admissibilité à la carte sont véridiques.

Signature de la personne demandant la carte ou son représentant

Date (Année-Mois-Jour)

J Liste des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux pouvant compléter les informations à la section H sur la base de leur champ d'exercice et des activités leur étant réservées

- Médecin généraliste (omnipraticien)*
- Médecin spécialiste (cardiologue, pneumologue, neurologue, psychiatre, ophtalmologiste, rhumatologue, etc.)*
- Audiologiste
- Ergothérapeute
- Infirmier
- Inhalothérapeute
- Optométriste
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Psychoéducateur
- Psychologue
- Travailleur social
- Éducateur spécialisé
- Thérapeute en réadaptation physique
- Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle
- Spécialiste en orientation et mobilité

* Prendre note que ces professionnels pourraient vous demander des frais pour remplir la demande

K Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seul le personnel concerné au sein de l'AQLPH peut y accéder

La CAL est émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH), avec le soutien des instances régionales responsables du loisir des personnes handicapées et la participation financière du Gouvernement du Québec.

? Comment faire parvenir votre demande et votre photo

Faire parvenir la demande par courriel à l'adresse: cal@aqlph.qc.ca

OU

Faire parvenir la demande par la poste à l'adresse:

AQLPH
858, rue Laviolette,
Trois-Rivières (Québec)
G9A 5J1



N'oubliez pas de nous faire parvenir votre formulaire de demande et votre photo en respectant les critères suivants pour la photo:

- Une photo en format passeport est exigée (des épaules jusqu'à la tête).
- La photo doit avoir été prise au cours des six (6) derniers mois.
- La photo doit être claire.
- Les photos en noir et blanc ou en couleur sont acceptées.