



Service d'urgence de l'AICQ

Formulaire de demande d'aide pour le transport

PROJET PILOTE

L'Association des implantés cochléaires du Québec et ses partenaires offrent des logements pour le séjour des personnes en programmation et/ou en réadaptation à Québec à la suite de leur chirurgie pour un implant cochléaire.

À compter du 1er avril 2024, un service d'urgence est instauré pour le transport, qui permettra à nos membres les plus vulnérables de se déplacer au CIUSSS de la Capitale-Nationale (IRDPQ) et au CHU de Québec (Hôtel Dieu), avec peu ou aucun frais. Pour ce faire, vous devrez compléter un formulaire et nous les évaluerons, en nous basant sur l'âge, les conditions familiales et la situation financière.

L'AICQ se fait un devoir de constamment améliorer ses services et nous sommes très fiers de pouvoir offrir ce service additionnel d'urgence *transport et hébergement*.

Le présent questionnaire a été élaboré dans le but d'évaluer le plus équitablement possible votre condition actuelle de vie. La première partie sert à l'identification, alors que les autres parties permettent de préciser certains aspects de la situation tant au niveau familial que financier. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels.

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec nous au 418-623-7417 ou à aicq@bellnet.ca

IDENTIFICATION

De la personne implantée

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Année/ mois/ jour

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____

❖ Courriel : _____

Langue parlée à la maison : _____ Autres langues : _____

Travaillez-vous actuellement ? Oui : Non :

**Cochez la case correspondant à votre situation*

CONTEXTE FAMILIAL

1. Statut : ▶ monoparental
▶ en couple
▶ célibataire

2. Quel est le nombre d'enfant(s) mineur(s) avec qui vous vivez habituellement, incluant le ou la futur(e) implanté(e) ? 0
1
2
3 ou plus

3. Durant la réadaptation/programmation, combien de personnes seront présentes pour les déplacements aux rendez-vous?

Nombres d'adultes	Nombre d'enfants

4. Avez-vous besoin de sièges d'auto pour enfants? _____

5. Indiquer les besoins particuliers (ex. problème visuel, langue des signes, mobilité réduite,...)

SITUATION FINANCIÈRE

Quel est le revenu brut annuel familial (avant impôts), incluant celui du (de la) conjoint(e) ?

Veuillez cocher la case appropriée.

Moins de 20 000 \$ <input type="checkbox"/>	51 000 \$ à 60 000 \$ <input type="checkbox"/>	91 000 \$ à 100 000 \$ <input type="checkbox"/>
21 000 \$ à 30 000\$ <input type="checkbox"/>	61 000 \$ à 70 000 \$ <input type="checkbox"/>	100 000 \$ et plus <input type="checkbox"/>
31 000 \$ à 40 000 \$ <input type="checkbox"/>	71 000\$ à 80 000 \$ <input type="checkbox"/>	
41 000 \$ à 50 000 \$ <input type="checkbox"/>	81 000 \$ à 90 000 \$ <input type="checkbox"/>	

Date de chirurgie : _____

DATES DE LA PROGRAMMATION : _____

Où se fera votre réadaptation ? Québec Autres

DATE DU DÉBUT DE RÉADAPTATION : _____

DURÉE PRÉVUE DE LA RÉADAPTATION : _____

Adresse lors de votre séjour à Québec :

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____

Commentaires de la personne ressource au CIUSSS de la Capitale-Nationale:

Nom de la personne qui a complété le formulaire : _____

Lien avec le (la) futur(e) implanté(e) : _____

Signature : _____

Date : _____

J'autorise le CIUSSS de la Capitale Nationale à faire parvenir cette demande en mon nom à l'Association des implantés cochléaires du Québec

Signature : _____

Date : _____

Merci de votre collaboration.