

RÉSIDENCE pour AÎNÉS DEMANDE

Renseignements sur la personne qui présente la demande

Nom : _____ Date de naissance: _____ N° d'assurance sociale : ____

N° de carte Santé : _____
Sexe : H F Autre État matrimonial : _____

Adresse actuelle : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Langue(s) de communication : _____

Langue maternelle : _____
Citoyenneté : _____

Autre personne avec qui communiquer :

_____ Tél. (jour) : _____
(nom et lien)

Adresse : _____

Nous permettez-vous de parler avec cette personne au sujet de votre demande? O N

Revenus et actif

À la page suivante, indiquez **tous** vos revenus et les éléments de votre actif. Vous n'avez pas à joindre de preuve à la demande, mais vous **devez** fournir les preuves plus tard.

<p>Les revenus comprennent l'argent provenant des sources suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emploi – temps plein, partiel ou occasionnel • Travail autonome • Revenu de pension de sources privées ou publiques • Revenu de sources gouvernementales • Revenu de placement et intérêts de produits d'épargne 	<p>Les éléments de l'actif comprennent les économies, les placements ou les biens que vous possédez, notamment les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPG • Comptes bancaires • REER • Entreprise ou licence commerciale • Immobilier, par exemple une maison, un terrain, un chalet, une maison mobile ou une ferme
--	--

RÉSIDENCE pour AÎNÉS DEMANDE

Sources de revenus	Total brut mensuel – avant retenues
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées	\$
Emploi	\$
Assurance-emploi	\$
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail	\$
Sécurité de la vieillesse	\$
Régime de revenu annuel garanti – aînés	\$
Régime de pensions du Canada (RPC)	\$
Régimes de retraite privés	\$
Autres sources de revenus	\$

État de l'actif	Valeur (estimée)
Banque, société fiduciaire ou caisse populaire (comptes d'épargnes ou de chèques)	\$
Titres, obligations, certificats de placement garanti (CPG) et dépôts à terme, entre autres	\$
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) et rentes	\$
Revenu de location	\$
Actif commercial	\$
Sommes de plus de 500 \$ qui vous sont dues	\$
Autres éléments d'actif – précisez	\$

Possédez-vous des biens immobiliers, comme une maison, une ferme, un terrain, une maison mobile ou un chalet? O N

Si « **oui** », fournissez les détails suivants :

Type de bien : _____

Adresse : _____

Valeur estimée : _____ \$

RÉSIDENCE pour AÎNÉS DEMANDE

Avez-vous cédé (transféré) des éléments d'actif au cours des **5 dernières années**?

O N

Si « **oui** », fournissez les détails suivants :

Type de bien : _____

Adresse : _____

Valeur estimée : _____ \$ Date de cession : _____

Anciennes adresses au cours des **5 dernières années** : (obligatoire – voir la note)

Ancienne adresse (à partir de la plus récente)	Du	Au	Raison du départ

Note : La préférence sera accordée aux résidents actuels de la région de Simcoe Nord qui vivent dans cette région depuis les 5 dernières années.

Services de soutien actuellement en place

Types de soutien – raison	Nom de l'organisme qui vous fournit le soutien
<input type="checkbox"/> Lésion cérébrale acquise	
<input type="checkbox"/> Services de soins à la personne	
<input type="checkbox"/> Services de santé mentale	
<input type="checkbox"/> Services aux personnes ayant une déficience intellectuelle	
<input type="checkbox"/> Services aux personnes handicapées	
<input type="checkbox"/> Appareils et accessoires fonctionnels (p. ex. fauteuils roulants et marchettes)	

RÉSIDENCE pour AÎNÉS

DEMANDE

<input type="checkbox"/> Autres services de soutien	
---	--

Handicaps physiques – détails

Avez-vous de la difficulté dans les domaines ci-dessous?

Vision Parole Ouïe Mobilité

Détails :

Autres renseignements importants

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous fait des chutes ou évité des chutes de justesse? O N

Si « oui », combien de fois? _____ Avez-vous eu à vous rendre à l'hôpital? O N

Hospitalisations ou visites au service des urgences au cours de la dernière année? O N

Nombre d'hospitalisations : _____ Nombre de visites au service des urgences : _____

Vaccin antigrippal _____ Tuberculose _____ Pneumovax _____

Diagnostics

Médecin de famille ou infirmière praticienne :

Tél. :

Médicaments (prescrits) :

Allergies :

RÉSIDENCE pour AÎNÉS

DEMANDE

Les services suivants sont inclus dans l'admission à la Résidence :

- Milieu sûr
- Repas
- Interactions sociales
- Programmes d'activités
- Surveillance jour et nuit
- Surveillance des médicaments
- Entretien ménager et nettoyage

À NOTER

Si vous avez besoin d'une aide supplémentaire, par exemple :

- Faire la lessive
- Soins au lever et au coucher
- Mobilité
- Bain et soins personnels
- Autre

remplissez aussi le formulaire ci-joint de demande de **services d'aide à la vie autonome**.

Si vous répondez aux critères d'admission de la Résidence, le superviseur de programme des Programmes de soutien communautaire pour les aînés communiquera avec vous. Cette personne fixera la date d'une entrevue aux fins d'évaluation pour déterminer le niveau et le type de soutien et de soins dont vous avez besoin. Il faut nous assurer que notre résidence peut répondre à ces besoins.

IMPORTANT

Il s'agit de la première étape du processus de demande et d'admission concernant la Résidence pour aînés située au 44, rue Dufferin, à Penetanguishene.

La deuxième étape consistera à déterminer votre admissibilité à une habitation à loyer modique. Par conséquent, vous devrez nous fournir tous les documents concernant votre situation financière.

Nous vous demanderons aussi alors de signer un consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements recueillis dans la demande.

À ce moment-là, nous passerons aussi en revue la convention de bail et nous la signerons.

Veillez envoyer la demande dûment remplie à l'adresse suivante :

**Superviseur de programme, Programmes de soutien communautaire pour les aînés
Programmes communautaires Wendat**

**RÉSIDENCE pour AÎNÉS
DEMANDE**

44, rue Dufferin, Penetanguishene (Ontario) L9M 1H4

TÉLÉC. : 705 355-1026

Du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h, 705 355-1022, poste 226

www.wendatprograms.com