

## DEMANDE D'ÉVALUATION

### Programme de remboursement des frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité

\* An english version can be ordered at: chien.assistance.irglm@ssss.gouv.qc.ca

#### 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT (OU POUR QUI EST FAITE) LA DEMANDE

Nom à la naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom habituel \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance AAAA / MM / JJ \_\_\_\_\_

Assurance maladie         Expiration AAAA / MM \_\_\_\_\_

Adresse permanente \_\_\_\_\_

Adresse actuelle (si différente) \_\_\_\_\_

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Résidence Travail Autre

Vivez-vous dans un centre d'hébergement public ou une ressource intermédiaire?  OUI  NON

Recevez-vous des prestations d'un programme national ou fédéral, tel que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), l'Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels (IVAC) ou les Anciens combattants Canada?  OUI  NON

Dans l'affirmative, avez-vous fait une demande formelle à ce programme pour la couverture des frais relatifs à votre aide canine?

- OUI (joindre une copie de la lettre de décision de ce programme)
- NON (veuillez adresser une demande à ce programme en premier lieu)

**Si la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande n'est pas celle qui remplit le présent formulaire, remplissez la section suivante.**

#### IDENTIFICATION DE LA OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE POUR QUI EST FAITE LA DEMANDE

Nom à la naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec la personne pour qui est faite la demande

Père ou mère  Tuteur ou tutrice  Conjoint ou conjointe  Curateur ou curatrice

Autres, (précisez) \_\_\_\_\_

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Résidence Travail Autre

#### 2 IDENTIFICATION DES AIDES REQUISES POUR COMPENSER LES INCAPACITÉS

Utilisez-vous des aides techniques qui vous permettent d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne? Dans l'affirmative, cochez les cases appropriées :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chien d'assistance à la motricité  | <input type="checkbox"/> Ambulateur                 | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel   |
| <input type="checkbox"/> Prothèse(s) <input type="checkbox"/> Côté droit <input type="checkbox"/> Côté gauche | <input type="checkbox"/> Marchette                  | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé |
| <input type="checkbox"/> Orthèse(s) <input type="checkbox"/> Côté droit <input type="checkbox"/> Côté gauche  | <input type="checkbox"/> Canne(s)                   | <input type="checkbox"/> Béquille(s)               |
| <input type="checkbox"/> Aide auditive  | <input type="checkbox"/> Triporteur / Quadriporteur |  |

## 2 IDENTIFICATION DES AIDES REQUISES POUR COMPENSER LES INCAPACITÉS (suite)

- Aide à la communication, précisez : \_\_\_\_\_
- Système de contrôle de l'environnement, précisez : \_\_\_\_\_
- Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_

**Par quel(s) programme(s) les aides techniques que vous avez cochées ont-elles été défrayées ? (RAMQ, CSST, SAAQ, IVAC, Anciens combattants Canada, assurances personnelles ou achats personnels) :**

**Recevez-vous des services pour compenser vos incapacités ?**

**Dans l'affirmative, cochez les cases appropriées :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide au bain ou à l'hygiène       | <input type="checkbox"/> Aide pour courses diverses<br>(par exemple, épicerie, pharmacie) |
| <input type="checkbox"/> Aide au lever ou au coucher       | <input type="checkbox"/> Accompagnement à des rendez-vous                                 |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'habillage                | <input type="checkbox"/> Entretien ménager à l'intérieur                                  |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'élimination              | <input type="checkbox"/> Entretien ménager à l'extérieur et travaux lourds                |
| <input type="checkbox"/> Aide pour la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers   |
| <input type="checkbox"/> Aide au repas                     | <input type="checkbox"/> Interprète   |
| <input type="checkbox"/> Popote roulante                   |   |
| <input type="checkbox"/> Autres aides, précisez : _____    |   |

**Au total, combien d'heures de service recevez-vous par semaine pour l'ensemble des activités cochées ?**

**Quel transport utilisez-vous pour vous déplacer ?**

- Véhicule personnel                       Transport en commun                       Transport adapté
- Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'un accompagnateur pour vos déplacements extérieurs ?       OUI       NON

## 3 CHIEN D'ASSISTANCE À LA MOTRICITÉ

### IDENTIFICATION

- Nom de votre chien : \_\_\_\_\_
- Date d'acquisition de votre chien :      

|      |   |    |   |    |
|------|---|----|---|----|
| AAAA | / | MM | / | JJ |
|------|---|----|---|----|
- Date de naissance de votre chien :      

|      |   |    |   |    |
|------|---|----|---|----|
| AAAA | / | MM | / | JJ |
|------|---|----|---|----|
- Quelle est la race de votre chien : \_\_\_\_\_
- De quelle école de dressage votre chien d'assistance provient-il ? \_\_\_\_\_

**Votre chien a-t-il une carte laminée avec une photo fournie par l'école de dressage sur laquelle figure votre nom ?**       OUI       NON

Dans l'affirmative, annexe une copie.

### 3 CHIEN D'ASSISTANCE À LA MOTRICITÉ (suite)

Pour se qualifier à titre d'aide canine au sens du programme, le chien d'assistance à la motricité doit satisfaire à certaines normes.

- Votre chien est-il stérilisé?  Oui  Non      • Votre chien est-il vacciné?  Oui  Non
- Son carnet de vaccination est-il à jour?  Oui  Non (Annexez une copie de son carnet de vaccination)
- Lorsqu'il circule dans les endroits publics, votre chien porte-il un signe qui permet de reconnaître, facilement et clairement, qu'il est un chien d'assistance (foulard, harnais ou autre élément)?  Oui  Non

Dans l'affirmative, lequel ou lesquels? \_\_\_\_\_

À quelles fins utilisez-vous votre chien d'assistance à la motricité? Cochez les cases appropriées.

- Aide pour marcher
- Aide aux transferts
- Aide au positionnement
- Aide pour tirer votre fauteuil roulant
- Aide pour aller chercher des objets
- Aide aux activités quotidiennes et domestiques (Exemple : ouvrir une porte, se déshabiller, etc.)
- Autres renseignements pertinents rattachés à vos incapacités : \_\_\_\_\_

Votre chien répond-il aux commandes qui lui sont adressées de façon constante et soutenue? (Instructions de base et tâches d'assistance)

| Instructions de base<br>(assis, reste, viens, couché et au pied) | Toujours                 | La plupart du temps      | Parfois                  | Jamais                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| À la maison  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans les lieux publics   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tâches d'assistance  | Toujours                 | La plupart du temps      | Parfois                  | Jamais                   |
| À la maison  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans les lieux publics   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4 PORTRAIT MÉDICAL

Faites remplir le formulaire d'attestation médicale (**annexe 1**) confirmant votre déficience motrice ou joignez une copie de l'attestation médicale que vous avez fournie à l'école de dressage lors de l'acquisition de votre chien d'assistance.

## 5 ENGAGEMENT À COLLABORER À L'EXÉCUTION DE LA PRÉSENTE DEMANDE

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ résidant  
Prénom Nom

au \_\_\_\_\_  
Adresse Code postal

déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité.

Je m'engage à aviser, sans délai, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) ou l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) de tout changement dans ma situation (ou dans celle de la personne que je représente) et dans celle de mon chien d'assistance, qui rendrait inexacts les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de ma demande.

Je m'engage à collaborer à l'exécution de ma demande de remboursement de frais.

Dans l'éventualité où un soutien financier m'est accordé en ce qui concerne la présente demande, je m'engage à continuer de satisfaire aux critères d'admissibilité du programme et à m'assurer que mon chien d'assistance continue d'en faire autant. En conséquence, si mon chien d'assistance décède, est mis à la retraite, n'est plus utilisé aux mêmes fins ou ne répond plus aux critères prévus par le programme, je m'engage à en informer, sans délai, l'établissement m'ayant accordé ce soutien financier.

Je reconnais qu'il est de ma responsabilité de voir aux soins de santé et au toilettage de mon chien d'assistance. À ce titre, je m'engage à fournir sur demande tout document confirmant les soins et l'entretien effectué sur mon aide canine (carnet de vaccination à jour, dûment rempli et signé par le vétérinaire, et factures de toilettage).

Il est de mon devoir de me renseigner auprès de mon école de dressage sur mes responsabilités civiles en ce qui concerne mon chien d'assistance.

**J'atteste également qu'aucun autre organisme ne couvre le remboursement des frais que j'engage dans l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité.**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la ou du représentant (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_  
Date

N. B. : Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou, si elle a plus de 18 ans, est incapable de gérer ses biens.

## 5 ENGAGEMENT À COLLABORER À L'EXÉCUTION DE LA PRÉSENTE DEMANDE (suite)

### CONSENTEMENT

J'autorise l'IRGLM ou l'IRDQP à demander ou à transmettre aux personnes et aux organismes concernés et compétents dans le domaine, dont l'école de dressage, les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de ma demande pour le remboursement de frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance à la motricité. De plus, j'autorise l'IRGLM ou l'IRDQP à utiliser les résultats pour à des fins d'évaluation et d'amélioration du programme.

AAAA / MM / JJ

\_\_\_\_\_  
Signataire: usager ou personne autorisée

Cette autorisation est valable pour toute la période de mon admissibilité au programme, à compter de la date de la signature du consentement, et peut être révoquée en tout temps.

### ÉTABLISSEMENTS MANDATAIRES

Veuillez faire parvenir ce formulaire signé, par la poste ou par courriel, à l'un ou l'autre des endroits suivants selon votre lieu de résidence principale :

#### POUR L'EST DU QUÉBEC :

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale*

Québec 



#### INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC

525, boul. Wilfrid-Hamel Est  
Québec (Québec) G1M 2S8  
Tél.: 418 529-9141 (Poste 6505)  
chien.assistance@irdpq.qc.ca

#### POUR L'OUEST DU QUÉBEC :

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 



#### INSTITUT DE RÉADAPTATION GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL

6363, chemin Hudson  
Montréal (Québec) H3S 1M9  
Tél.: 514 340-7058  
chien.assistance.irglm@ssss.gouv.qc.ca

#### Documents à joindre :

- Une copie de votre carte laminée avec photo.
- Une copie du carnet de vaccination à jour de votre chien d'assistance (seul le carnet de vaccination dûment signé par un vétérinaire est accepté comme preuve de vaccination).
- Une attestation de la déficience motrice permanente, significative et persistante, remplie par le médecin, ou contenu au dossier médical exigé lors de la première demande au programme.
- Si vous êtes couvert par un autre programme national ou fédéral (CSST, SAAQ, IVAC, Anciens combattants Canada) : lettre de décision pour la couverture des frais relatifs à l'utilisation d'un chien d'assistance.

# ANNEXE 1

## ATTESTATION MÉDICALE

### PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS RELATIFS À L'UTILISATION D'UN CHIEN D'ASSISTANCE À LA MOTRICITÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance AAAA / MM / JJ \_\_\_\_\_

#### Diagnostic(s)

Quelles sont les déficiences motrices permanentes qui entraînent des incapacités significatives et persistantes?

---

---

---

---

---

---

---

#### Conditions associées ou toutes autres conditions :

N.B. : Les conditions associées peuvent être déterminantes dans la décision. Veuillez indiquer les conditions associées aux troubles musculosquelettiques ou autres.

---

---

---

---

---

---

---

Signature du médecin

Spécialité

Numéro de pratique

Date

## ANNEXE 2

### CRITÈRES MINIMAUX DU CHIEN D'ASSISTANCE

#### Le chien d'assistance à la motricité doit :

- Satisfaire aux standards minimaux de chien d'assistance en public et les maintenir à domicile, soit :
  - être propre, brossé et ne pas présenter d'odeur offensante
  - ne pas uriner ni déféquer dans les endroits inappropriés
  - ne pas solliciter l'attention de quelqu'un du public
  - ne pas interrompre le cours normal de la vie courant (activités)
  - ne pas aboyer, gronder, gémir sans nécessité
  - adopter un comportement pacifique à l'égard des gens ou des animaux qu'il rencontre
  - ne pas réclamer ni voler d'aliments ou d'autres objets à quiconque
  - travailler calmement et en silence à l'aide d'un harnais, d'une laisse ou d'un autre article de commande
  - pouvoir s'allonger tranquille près de son utilisateur sans bloquer les allées, les entrées
  - uriner ou déféquer sur commande
  - demeurer en tout temps près de son maître à une distance d'au plus 24 pouces, à moins que la tâche qu'il exécute ne requière qu'il en soit autrement ;
- provenir d'une école de dressage reconnue ;
- être identifiable par une carte laminée avec photo fournie par l'école de dressage sur laquelle figurent son nom et celui de son maître ;
- être stérilisé et vacciné et détenir un carnet de vaccination à jour et signé par un vétérinaire lors de chacune des visites, qui sont nécessaires au moins une fois par année ;
- porter un signe distinctif qui permet de reconnaître, facilement et clairement, qu'il est un chien d'assistance (foulard, harnais ou autre élément) lorsqu'il circule dans des endroits publics ;
- répondre aux commandes d'obéissance de base (par exemple assis, couché, reste, au pied et viens) ;
- être entraîné pour compenser spécifiquement les incapacités de la personne ;
- répondre aux commandes qui lui sont adressées de façon constante et soutenue, à la maison tout autant que dans les lieux publics.