

ANNEXE IV – DEMANDE D'AIDE MATÉRIELLE
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8
progmsss-irdpq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6300 AVENUE DARLINGTON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 2J4
programmes.ministeriels.irglm@ssss.gouv.qc.ca



Date de la demande _____

1. PERSONNE QUI FAIT (OU POUR QUI EST FAITE) LA DEMANDE

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Nom habituel _____ Sexe _____ Date de naissance _____

Numéro d'assurance maladie

Expiration

Nom du père _____ Nom de la mère _____

Adresse permanente _____

Adresse actuelle (si différente) _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone () _____ () _____ () _____
(résidence) (travail) (autre)

Pour vous joindre au téléphone, devons-nous utiliser un appareil pour malentendants? OUI Si oui, lequel? _____
 NON

Êtes-vous couvert par un régime d'assurance privé OUI NON pour l'achat de l'appareil? Si oui, quel est le pourcentage ou montant couverts par votre régime d'assurance?

***Joindre une attestation de la compagnie d'assurance indiquant le pourcentage ou montant couverts.**

Adhérez-vous à un régime d'assurance qui couvrirait l'appareil en cas de sinistre (feu, vol, négligence)? OUI NON

Si vous faites une demande pour quelqu'un d'autre, remplissez la section suivante.

REPRÉSENTANT OU REPRÉSENTANTE DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Nom habituel _____

Lien avec la personne pour qui est faite la demande

Père ou mère Tuteur ou tutrice Conjoint ou conjointe
 Curateur ou curatrice Autre (précisez) _____

Adresse permanente _____

Numéro de téléphone () _____ () _____ () _____
(résidence) (travail) (autre)

2. AIDES REQUISES POUR COMPENSER LES DÉFICIENCES

La personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande utilise-t-elle des aides techniques, prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser sa ou ses déficiences et lui permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne (exemples : aide auditive, aide visuelle, fauteuil roulant, interprète, parrainage civique, dialyse, appareil respiratoire, etc.)?

OUI Lesquelles? _____
NON _____

Services reçus présentement

Services _____

Organisme ou établissement _____

Nom de la personne
qui donne les services _____

Adresse _____

Téléphone _____

Aide demandée pour _____

3. RAISONS QUI MOTIVENT LA DEMANDE

Les besoins sont _____

NB : L'utilisation de l'adjectif « médical(e) » dans le texte ne réfère pas uniquement au travail du médecin.

4. PORTRAIT MÉDICAL

Si vous avez besoin d'un triporteur ou d'un quadriporteur en raison de votre condition cardiaque ou pulmonaire, veuillez joindre votre portrait médical. Ce portrait médical doit être complété par un médecin ou une IPS, l'un ou l'autre œuvrant en cardiologie ou en pneumologie. Veuillez consulter l'annexe VI pour obtenir un exemplaire vierge du portrait médical.

Il s'agit d'un portrait médical confirmant la déficience motrice permanente qui entraîne des incapacités significatives et persistantes en ce qui concerne l'autonomie de locomotion.

Nom du médecin ou de l'IPS prescripteur du triporteur ou du quadriporteur _____

Spécialité _____

CRITÈRES PRÉALABLES À UNE DEMANDE D'ÉVALUATION POUR L'OBTENTION D'UN TRIPORTEUR OU D'UN QUADRIPORTEUR

- A. La personne présente obligatoirement une déficience permanente entraînant une incapacité significative et persistante à la marche sur une distance de moins de 30 mètres. Cette incapacité n'est pas due à un manque d'entraînement et ne pourrait être compensée par l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel.
- B. La personne présente une difficulté importante à la propulsion d'un fauteuil roulant manuel sur une distance de moins de 150 mètres.
- C. Se déplacer en triporteur ou en quadriporteur ne contribuera pas à amoindrir les capacités physiques et fonctionnelles de la personne à moyen et long terme.
- D. La personne a besoin d'un triporteur ou d'un quadriporteur quotidiennement pour l'une ou l'autre de ces situations :
 - Le travail ou les études.
 - Les responsabilités familiales (emplettes, accompagnement ou surveillance d'un enfant à l'extérieur, etc.).
 - L'implication dans des organismes ou comités divers.
- E. La personne maintient une position assise sans aucune aide technique à la posture ou un coussin spécial.
- F. La personne dispose d'un espace accessible pour le rangement d'un triporteur ou d'un quadriporteur.
- G. Le triporteur ou le quadriporteur ne peut être fourni par aucun autre organisme.
- H. La personne ayant une déficience organique présente un déficit respiratoire ou un déficit cardiovasculaire sévère, tel qu'attesté par un pneumologue ou un cardiologue, sans déficience motrice mais avec une incapacité sévère à la marche sur une distance de moins de 30 mètres.
- N. B. La personne qui vit dans un centre d'hébergement public, incluant les ressources intermédiaires (RI) ou les centres d'accueil privés conventionnés ou non conventionnés, n'est pas admissible.

5. ENGAGEMENT À COLLABORER À L'EXÉCUTION DE CETTE DEMANDE

Je soussigné ou soussignée,

(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 la situation de _____) qui rendrait inexactes les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de cette demande.

Je m'engage à collaborer à l'exécution de cette demande d'aide pour un triporteur ou un quadriporteur. Dans l'éventualité où l'IRDQP ou l'IRGLM accorde cette aide matérielle, je m'engage à ce qu'elle soit utilisée aux fins pour lesquelles elle a été fournie. Durant cette période, il est de ma responsabilité d'assumer le remplacement de l'aide par une aide équivalente faisant partie de la liste des aides couvertes en cas de feu, de vol, de perte ou de négligence. Nous vous recommandons de faire assurer l'aide selon sa valeur à neuf. N'est toutefois pas assuré, pendant une période de deux ans à compter du sinistre ou du bris irréparable, le remplacement d'un appareil pour le seul motif qu'il a été perdu, volé ou détruit.

J'endosse la responsabilité de l'appareil prêté, m'engage à en faire un usage normal ainsi qu'à assumer les déplacements pour l'entretien et les réparations chez un fournisseur accrédité par le fabricant.

De plus, je m'engage à aviser l'IRDQP ou l'IRGLM si l'aide n'est plus utilisée, si un ambulateur m'est accordé par le Ministère **ou si un fauteuil roulant motorisé m'est accordé par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon l'article 53 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique**. Je m'engage également à retourner cette aide dans un service d'aides techniques (motricité) du réseau de la santé et des services sociaux du Québec afin de permettre qu'elle soit attribuée à quelqu'un d'autre.

J'atteste également que je ne suis pas couvert ou couverte (ou que _____ n'est pas couvert ou couverte) par un autre organisme pour l'achat d'un appareil semblable.

Par la présente, j'autorise l'IRDQP ou l'IRGLM à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de cette demande d'aide pour un triporteur ou un quadriporteur à des personnes ou à des organismes concernés et compétents dans le domaine.

En foi de quoi, j'ai signé à :

(ville ou municipalité)

ce :

(date)

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande. Veuillez noter que la personne doit signer si est âgée de 14 ans ou plus

Signature du ou de la représentante (s'il y a lieu) N. B. : Cette représentation a lieu seulement si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans mais est incapable d'administrer ses biens.

Personne qui s'engage à collaborer à l'exécution de cette demande :

- Personne elle-même Père ou mère Tuteur ou tutrice Conjoint ou conjointe
 Curateur ou curatrice Autre (précisez)