

**La présente demande vise à appuyer une personne participant à l'un ou plusieurs des programmes suivants :**

- Aide à l'emploi et au revenu     Services aux enfants handicapés     Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Services à la famille est autorisé à recueillir des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en vertu de l'alinéa 36(1)b de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)* et du paragraphe 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP)* respectivement, car ces renseignements sont indispensables et ont directement trait à l'administration des soutiens admissibles fournis dans le cadre des programmes susmentionnés ainsi qu'à l'acquisition et à la fourniture d'équipement et de matériel médicaux. Nous avons limité les renseignements personnels que nous recueillons à la quantité minimale nécessaire à ces fins. Vos renseignements personnels sont protégés en vertu des dispositions relatives à la protection de la vie privée de la *LAIPVP* et de la *LRMP*. Nous ne pouvons ni utiliser ni divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, sauf consentement de votre part ou si l'une des deux lois précitées nous y autorise. Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la *LAIPVP* au 114, Garry, 2 étage, Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4 (tél. : 204 945-2013).

- Partie 1 : à remplir au nom de tous les demandeurs.
- Partie 2 : à remplir seulement par un professionnel exerçant une profession de la santé réglementée.
- Partie 3 : comprend des directives pour les professionnels de l'évaluation sur les renseignements qui doivent accompagner cette demande.
- Partie 4 : à remplir par le personnel administratif.

**OBJECTIF DU PROGRAMME :** offrir de l'équipement et des fournitures médicaux de base et économiques pour répondre à des besoins médicaux essentiels.

**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

NOM DE FAMILLE DU CLIENT		PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JJ MM AA)	
ADRESSE		VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DE LIVRAISON (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NIP
PARENT/TUTEUR/OFFICE (le cas échéant)		NUMÉRO DE DOSSIER D'AIDE A L'EMPLOI ET AU REVENU (le cas échéant)		DATE DE LA DEMANDE (JJ MM AA)	
TAILLE et POIDS  TAILLE :                      POIDS :		EST-CE QU'AU MOINS UNE DE CES PRESTATIONS EST COUVERTE PAR UN RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE PUBLIC OU PRIVÉ (p. ex., ORS, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA, BLUE CROSS, COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS ou AUTRE)? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI    SI OUI, INDIQUEZ LA OU LES PRESTATIONS COUVERTES			

**PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE L'ORDONNANCE OU SUR LE PROFESSIONNEL EXERÇANT UNE PROFESSION**

**DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉE (LE CAS ÉCHÉANT)**

LES PARENTS OU TUTEURS DES CLIENTS DES SERVICES AUX ENFANTS HANDICAPÉS NE DOIVENT REMPLIR QUE LES CASES PORTANT SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TYPE DE FOURNITURES MÉDICALES.

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	ORGANISME		
ADRESSE		VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR		COURRIEL		SIGNATURE	

DÉCRIREZ LES CONSÉQUENCES DU TROUBLE MÉDICAL DU CLIENT ET LE DIAGNOSTIC REÇU

QUELS TYPES DE FOURNITURES MÉDICALES SONT RECOMMANDÉS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE BASE DU CLIENT?

### PARTIE 3 : FOURNITURES DEMANDÉES

DESCRIPTION	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION NUMÉRO SAP DE L'ORGANISME CHARGÉ DE LA DISTRIBUTION DU MATÉRIEL (LE CAS ÉCHÉANT)	QUANTITÉ REQUISE PAR JOUR (LE CAS ÉCHÉANT)	TAILLE (LE CAS ÉCHÉANT)

### PARTIE 4 : RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS OU COMMENTAIRES

--

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DÛMENT REMPLI PAR VOIE ÉLECTRONIQUE, PAR COURRIEL, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR

LA POSTE À :

Services de soutien aux personnes malades ou handicapées, Services provinciaux, 114, rue Garry, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3C 1G1

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS, VOUS POUVEZ NOUS JOINDRE PAR TÉLÉPHONE au 204 945-4393 ou au 1-877-587-6224 (sans frais),

PAR TÉLÉCOPIEUR au 204 945-1436, ou PAR COURRIEL à [disandhealthsupports@gov.mb.ca](mailto:disandhealthsupports@gov.mb.ca).

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NOM DU GESTIONNAIRE DE CAS		BUREAU RÉGIONAL / ZONE COMMUNAUTAIRE
TERMINE LE (DATE)	IDENTIFIANT DU CLIENT DANS INFACIT	INITIALES DE L'AGENT D'ÉVALUATION OU DU CONSEILLER EN SERVICES
<b>MODE DE LIVRAISON</b> <input type="checkbox"/> Messagerie <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Ramassage par le client <input type="checkbox"/> Autobus		<b>FRÉQUENCE DE LA COMMANDE</b> <input type="checkbox"/> Commande unique <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Renouvellement continu (automatique) Répétitions : _____ Date d'expiration : _____

*Ces renseignements sont offerts dans de multiples formats sur demande.*

*This information is available in alternate formats upon request.*