



FONDATION MIRA INC.
FORMULAIRE DE DEMANDE
CHIEN D'ASSISTANCE

Apposer une
photo récente

À l'usage de la Fondation Mira Inc.

Date de la demande _____
Complété par _____
Rapport médical inclus _____

de la demande _____
Date de réception _____

Prénom _____

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code Postal _____

Téléphone résidence () _____

Téléphone travail () _____

Télécopieur _____

Courriel _____

Date de naissance _____

Statut civil _____

Sexe _____

Occupation _____

Poids _____

Grandeur _____

Si la personne nommée ci-haut est un enfant, inscrivez le nom et les coordonnées de la personne qui en est responsable.

Nom _____

Lien de parenté _____

Adresse _____

QUESTIONS DE SANTÉ ET D'INCAPACITÉ

Décrivez le diagnostic que vous avez reçu en utilisant la terminologie générale et médicale :

Quand avez-vous reçu de diagnostic ? _____

Votre état est-il stable ou progressif ? _____

Avez-vous des déficiences associées (diabète, haute pression, ...) ?

Avez-vous d'autres problèmes de santé? Si oui, indiquez-nous la nature. Si vous souffrez d'allergie, indiquez-nous sa nature.

Est-ce que les proches qui vivront aussi avec le chien ont des problèmes quelconques d'allergie? Si oui, indiquez-en la nature.

N'oubliez pas de joindre à votre demande une copie de votre dossier médical.

Avez-vous recours à des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie, etc.) ? Indiquez les noms et coordonnées des personnes qui vous viennent en aide.

•

•

•

Si vous avez subi un accident de la route ou de travail, donnez les coordonnées de votre conseiller :

SAAQ Conseiller: _____

Téléphone: _____

No. dossier: _____

CSST Conseiller: _____

Téléphone: _____

No. dossier: _____

Recevez une allocation d'invalidité ? OUI / NON

Cochez les situations qui représentent le mieux vos capacités

Je peux :	<i>TOUJOURS</i>	<i>SOUVENT</i>	<i>PARFOIS</i>	<i>RAREMENT</i>	<i>JAMAIS</i>
Ramasser un objet sur le plancher	()	()	()	()	()
Prendre un objet sur une chaise	()	()	()	()	()
Prendre un objet sur une table	()	()	()	()	()
Appuyer sur des boutons d'ascenseur	()	()	()	()	()
Ouvrir des portes	()	()	()	()	()
Propulser mon fauteuil durant 2 minutes	()	()	()	()	()
Me transférer seul de mon fauteuil à mon lit	()	()	()	()	()
Levers les bras	()	()	()	()	()
Marcher	()	()	()	()	()

LIEU DE RÉSIDENCE

Milieu urbain

Maison unifamiliale

Milieu résidentiel

Logement

Milieu rural

Appartement

Autre: _____

Êtes-vous propriétaire de votre logement ? OUI / NON

Est-ce que votre lieu de vie est adapté à vos besoins ? OUI / NON

Quelles adaptations intérieures et extérieures avez-vous ?

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Vous vivez: Seul Avec un(e) conjoint(e) Avec un/des colocataire(s) Avec votre famille

Veillez énumérer toutes les personnes qui vivent à votre domicile. Veillez inclure leur nom, âge et lien avec vous.

Est-ce que toutes les personnes qui vivent avec vous acceptent votre démarche ? OUI / NON

Si certaines ne vous encouragent pas, s'il vous plaît décrivez leurs préoccupations:

Avez-vous d'autres animaux de compagnie à la maison ? Veillez inclure leurs âges, race, si ils sont stérilisés ou non. Veillez inclure tous les animaux de compagnie, pas seulement les chiens

Avez-vous déjà eu un chien? OUI / NON

Si oui, de quelle race ? _____

STYLE DE VIE

Veillez énumérer le nombre d'heures par semaine pour ces activités :

Activités	Seul	Auxiliaire familiale et sociale*	En famille/avec des amis
Travail à l'ordinateur			
Regarder la télévision			
Écouter de la musique			
Lecture			
Tâches ménagères			
Autres			

**Auxiliaire familiale et sociale ou autre type d'aide payée*

Quels sont vos intérêts et passe-temps ?

Veillez énumérer la quantité d'heures par semaine que vous consacrez à ces activités et quel moyen de transport vous utilisez pour vous y rendre :

Abréviations des
moyens de
transport:

PV= Propre
Véhicule

TP= Transport
Public

TA= Transport
Adapté

PM= Par vos Propres
Moyens (à pied, en
Fauteuil,...)

Activité	Seul	Aide rémunérée*	En famille/avec des amis	Type de transport
Magasinage				
Cinéma				
Restaurant/Cafés				
Bar/Club				
Visites chez des amis				
Aller au parc				
Faire l'épicerie				
Party				
Activité sportive				
Évènements sportifs				
Théâtre/Spectacles				
Visites médicales				
Réadaptation				
Autres				

**Auxiliaire familiale et sociale ou autre type d'aide payée*

SITUATION D'EMPLOI/ÉTUDES

EMPLOI

Poste occupé : _____ à temps partiel à temps plein bénévolat

Employeur : _____ Lieu : _____

Description sommaire de vos tâches:

Décrivez l'horaire d'une journée de travail type?

Avez-vous discuté avec votre employeur de la possibilité d'avoir un chien d'assistance au travail? OUI / NON

ÉTUDES Vous étudiez :

- Par correspondance Niveau : _____
- Au primaire Heures/jours par semaine: _____
Établissement: _____
- Au secondaire Heures/jours par semaine: _____
Établissement: _____
- Au CEGEP Heures/jours par semaine: _____
Établissement: _____
- A l'université Heures/jours par semaine: _____
Établissement: _____

Décrivez l'horaire d'une journée de travail type ?

Avez-vous discuté avec le directeur(trice) de votre établissement de la possibilité d'avoir un chien d'assistance sur votre lieu d'étude ? OUI / NON

Veillez décrire votre environnement de travail/d'étude:

AIDES TECHNIQUES

Veillez cocher les aides techniques que vous utilisez régulièrement et indiquer quand et pour quelle situation vous les employez

- Fauteuil roulant : _____
- Fauteuil roulant électrique : _____
- Quadri/triporteur : _____
- Marchette : _____
- Canne : _____
- Béquilles : _____
- Autres : _____

ATTENTES

Considérez-vous qu'un chien puisse améliorer votre autonomie dans le cadre de votre quotidien, comme lors de vos déplacements et dans le cadre de vos réalisations futures? Si oui, indiquez-nous de quelle manière?

Si vous n'avez pas été capable d'écrire pour remplir vous-même le présent formulaire, qui l'a complété pour vous ?

Nom: _____ Lien avec vous : _____

Signature du demandeur: _____

Date: _____

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.