

Formulaire de renvoi communautaire au programme Après un AVC de la Marche des dix sous du Canada (MDSC)

Information de base

Choisissez une réponse : Ce renvoi est pour un Survivant d'un AVC Proche aidant

Nom de famille :

Prénom :

Nom préféré :

Adresse :

Ville :

Code postal :

*Date de naissance :

*Genre :

Homme Femme Autre
 Préfère ne pas répondre

Numéro de téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Mode de communication préféré :

Téléphone Courriel

Langue maternelle :

Est-ce qu'un membre de la famille est disponible pour interpréter?

Oui Non

Information au sujet de la personne-ressource principale

Est-ce que la personne-ressource principale est la même personne indiquée ci-dessus?

Oui Non (si choisi, remplissez la section ci-dessous)

Nom de la personne-ressource principale :

Relation au participant :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Mode de communication préféré : Téléphone Courriel

Est-ce qu'il y a un moment idéal pour communiquer avec la personne-ressource principale?

Information au sujet de la source de renvoi

Date du renvoi :

Type de renvoi : Accès direct

Renvoi pour quelqu'un d'autre

(si choisi, remplissez la section ci-dessous)

Nom :

Numéro de téléphone :

Organisation/Clinique/Centre (le cas échéant) :

Courriel :

En cochant cette case, je confirme que l'utilisateur ci-dessus a donné un consentement verbal pour ce renvoi.

Remettez le formulaire par télécopie protégée au 1-844-906-2422 ou par courriel à afterstroke@marchofdimes.ca

www.apres-avc.ca