

La Marche des dix sous du Canada – Formulaire d'aiguillage vers le programme Après un AVC

Date de la demande d'aiguillage (jj/mm/aaaa) :

Candidat(e) au programme (personne dirigée vers le programme)			
Choisir une option ☐ Survivant(e) d'AVC ☐ Aidant(e)		Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
Date de l'AVC (jj/mm/aaaa) :		Date du congé de l'hôpital (jj/mm/aaaa) :	
Prénom :	Nom de famille :	Prénom d'usage :	
Adresse :			
Ville :		Prov. :	Code postal :
Téléphone :	Courriel :	Moyen de communication à privilégier : ☐ Téléphone ☐ Courriel	
Choisir une option ☐ Homme ☐ Femme ☐ Préfère ne pas répondre ☐ Autre :			
Décrire toute difficulté éprouvée ou tout besoin en matière de communication :			
Langue maternelle :		Si la personne est incapable de communiquer en français, une personne de soutien est-elle disponible? ☐ Oui ☐ Non	
Personne-ressource à contacter (si différente du/de la candidat(e) au programme)			
Nom de la personne-ressource à contacter :		Relation avec le/la candidat(e) : (p. ex., partenaire, frère, sœur, parent, autre) :	
Téléphone :	Courriel :	Moyen de communication à privilégier : ☐ Téléphone ☐ Courriel	
Source qui fait la demande d'aiguillage (si vous présentez une demande au nom du/de la candidat(e) au programme)			
Nom de la personne qui dirige le/la candidat vers le programme :			
Organisation/clinique/hôpital (si applicable) :			
Numéro de téléphone :	Courriel :	Moyen de communication à privilégier : ☐ Téléphone ☐ Courriel	
Autres renseignements pertinents : (p. ex., autres demandes d'aiguillage faites, mesures d'adaptation requises, etc.)			

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