

Service des Aides à la Communication

560, boul. Cartier, Laval (Québec) H7V 1J1

Tél. : 450-688-5728 poste 225

Fax : 450-688-5187

**PROGRAMME DES AIDES À LA COMMUNICATION (PAC)
FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE**

I. Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M

No d'assurance-maladie : _____ Exp. : _____

Milieu résidentiel : autonome hébergement autre : _____

Qualité/précarité du réseau social : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Langue de communication : _____

Personne ressource : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

II. Admissibilité de l'utilisateur au PAC :

Diagnostic : _____

Pronostic : _____

Conditions associées : _____

Types de déficiences :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Motrice | <input type="checkbox"/> Visuelle |
| <input type="checkbox"/> Intellectuelle | <input type="checkbox"/> Auditive |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole | <input type="checkbox"/> Perceptivo cognitif |
- L'utilisateur présente des incapacités significatives et persistantes.
- Les équipements demandés ne sont pas admissibles ou financés par un autre organisme tel MEQ, SAAQ, CSST, RAMQ, IVAC, Sécurité du Revenu, Assurance privée.
- L'utilisateur nécessite une aide à la communication pour son travail/étude.

III. Motif de la référence au PAC

(Préciser le type d'aide technique, le contexte dans lequel elle sera utilisée, les suivis médicaux et leur fréquence)

IV. Documentation jointe (1 document requis minimalement)

- Rapport d'évaluation fonctionnelle en ergothérapie
- Rapport d'orthophonie
- Rapport de neuropsychologie
- Rapport d'orthopédagogie
- Autre : _____

V. Personne à contacter pour prendre le rendez-vous

- Client Professionnel référant
- Autre : _____ Tél. : _____

VI. Identification du professionnel référant :

Nom : _____ Profession : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Signature: _____ Date : _____

Veillez faire parvenir ce formulaire au secrétariat du PAC, Fax : 450-688-5187