



Demande de référence

Service demandé	<input type="checkbox"/> Intervention Multifactorielle Personnalisée (IMP)	<input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> Programme PAS	<input type="checkbox"/> Évaluation par le CLSC en lien avec : _____
	<input type="checkbox"/> Programme PIED	

Organisme référant : _____

Expéditeur : _____ **Téléphone :** _____

Référence vers quelle ressource :

	Téléphone	Télécopieur
<input type="checkbox"/> Aide communautaire de Lennoxville et des environs	(819) 821-4779	(819) 821-2994
<input type="checkbox"/> Sercovie	(819) 565-1066	(819) 565-0200
<input type="checkbox"/> Rayon de soleil de l'Estrie	(819) 565-5487	(819) 565-5487
<input type="checkbox"/> CSSS-IUGS	(819) 780-2220 #44694	(819) 563-1605

Identification de la personne référée :

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Motif de la référence :

- Non admissible à IMP
- Non admissible à PIED
- Chuteur
- Autre : _____

Autres informations : (si connues)

- Auxiliaire à la marche : _____ En tout temps Occasionnel
- TUG = _____
- BERG = _____

Mode transport : Réseau d'amis Transport adapté Aide communautaire de Lennoxville
 Voiture personnelle Autre : _____

Problèmes de santé : (si connus)

J'accepte que les informations contenues dans ce document soient transmises à l'organisme indiqué afin qu'on puisse vérifier mon admissibilité et qu'on me contacte par la suite.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature du référent

Date