



FORMULAIRE DE DEMANDE

500-12th Ave. N. | 500-12e ave. N.
Cochrane, On, P0L 1C0
T: (705) 272-2720



Une vie de retraite
abordable et moderne



Si vous souhaitez devenir résident, vous devez:

1. Remplir le formulaire de demande (2 pages)

Faire parvenir votre formulaire dûment rempli à ou par la poste:

Résidence Cadence
Boite 135
500-12ième avenue nord
Cochrane, On, P0L 1C0



Une vie de retraite
abordable et moderne

DEMANDEUR:

NOM DE FAMILLE:		PRÉNOM:	
DATE DE NAISSANCE:			
ADRESSE MUNICIPALE:	NO APP. :	VILLE:	
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE CI-DESSUS) :			
PROVINCE:	CODE POSTAL:	TÉLÉPHONE À DOMICILE:	
TÉL. CELLULAIRE:		COURRIEL:	
		ÉTAT MATRIMONIAL ACTUEL: MARIÉ <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> VEUF/VEUVE <input type="checkbox"/>	

AUTRE DEMANDEUR:

NOM DE FAMILLE:		PRÉNOM:	
DATE DE NAISSANCE:			
ADRESSE MUNICIPALE:	NO APP. :	VILLE:	
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE CI-DESSUS) :			
PROVINCE:	CODE POSTAL:	TÉLÉPHONE À DOMICILE:	
TÉL. CELLULAIRE:		COURRIEL:	
		ÉTAT MATRIMONIAL ACTUEL: MARIÉ <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> VEUF/VEUVE <input type="checkbox"/>	

NOM D'UNE AUTRE PERSONNE-RESSOURCE: _____ LIEN DE PARENTÉ: _____

VOULEZ-VOUS QUE NOUS COMMUNIQUIONS AVEC CETTE PERSONNE QUAND UNE SUITE SERA DISPONIBLE? OUI NON



SÉLECTION DE SUITE:

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Mini Studio 335 ^{pi2} Pour une personne 1 480 \$/mois | <input type="checkbox"/> | | |
| Studio 432 ^{pi2} Pour une personne 1 903 \$/mois | <input type="checkbox"/> | | |
| Une chambre 520 ^{pi2} Pour une personne 2 296 \$/ mois | <input type="checkbox"/> | Deux personnes 3 096 \$/ mois | <input type="checkbox"/> |
| Deux chambres 726 ^{pi2} Pour une personne 2 698 \$/ mois | <input type="checkbox"/> | Deux personnes 3 534 \$/ mois | <input type="checkbox"/> |

LIEU DE STATIONNEMENT:

Avez-vous 1 véhicule? Oui Non Avez-vous 2 véhicules? Oui Non

SCOOTER ÉLECTRIQUE:

Avez-vous et conduisez-vous un scooter électrique ou un fauteuil roulant électrique? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN:

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin du demandeur:

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin de l'autre demandeur:

ÉVALUATION MÉDICALE DES DOSSIERS DU DEMANDEUR:

Avez-vous joint votre évaluation médicale des dossiers actuels? Santé physique et mentale: _____

Évaluation médicale des dossiers de l'autre demandeur: (Les codemandeurs seront évalués séparément):

Avez-vous joint votre évaluation médicale des dossiers actuels? Santé physique et mentale: _____

(Voir les critères de santé du résident et les directives pour l'évaluation du médecin)

Declaration

- Je déclare (nous déclarons) que les renseignements présentés sur ce formulaire et sur ce formulaire d'évaluation médicale des dossiers sont exacts et nous autorisons le Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane de vérifier l'un ou l'autre ou tous les renseignements qui s'y trouvent.
- Partager les renseignements que j'ai donnés au Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane, à n'importe quel organisme social qui me fournit un service quelconque ou à n'importe quel fournisseur rattaché au Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane.
- Les renseignements ne seront divulgués à aucune autre partie, sauf si cela est conforme aux dispositions de La Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, La Loi municipale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, La Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE).
- Aux fins de La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, Je donne mon consentement pour la collecte d'informations sur la santé au Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane pour les besoins d'évaluer mon admissibilité.
- Je consens (nous consentons) à partager mes (nos) renseignements d'évaluation médicale des dossiers avec le Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane pour les besoins de déterminer si le ou les demandeurs répondent aux critères de santé initiaux et de longue durée.
- Je consens (nous consentons) à ce que ces renseignements soient rendus accessibles à n'importe quel tiers si cela est jugé nécessaire pour mon évaluation continue.

Signature du demandeur: _____ Date: _____

Signature de l'autre demandeur: _____ Date: _____

Veillez envoyer votre formulaire de demande dûment rempli par la poste au : CASSDC, 500 12e Ave. N. à Cochrane, On, P0L 1C0 ou le déposer à notre bureau de la Résidence Cadence situé.



ÉVALUATION MÉDICALE DES DOSSIERS

RENSEIGNEMENTS:

Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane
500 12th Avenue North, Cochrane Ontario
Téléphone: (705) 272-2720

ATTENTION MÉDECIN:

Votre patient vous apporte ce formulaire à remplir. Il fait parti du processus de demande du Complexe de logements pour aînés de Cochrane. Une fiche de renseignements est ci-jointe pour vous aider à décider si votre patient est admissible.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT:

Nom: _____ Date de naissance: _____

DIAGNOSTIC ET DATE D'APPARITION: _____

Le patient au courant du diagnostic? Oui Non

BREF RÉSUMÉ DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

Antécédents de ERV Oui Date: Non

Antécédents de SARM Oui Date: Non

Date de la dernière radiographie des poumons: _____ Résultats: _____

Date du vaccin antigrippal le plus récent: _____ Résultats: _____

Date du dernier test cutané de dépistage de la tuberculose: _____ Date du vaccin antipneumococcique: _____

Avez-vous vos vaccins pour COVID-19 ? Oui Non # des vaccinations _____

LISTE DES MÉDICAMENTS ACTUELS:

ALLERGIES/ SENSIBILITÉS AUX MÉDICAMENTS:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

CAPACITÉ ET ÉTAT FONCTIONNELS ACTUELS:

(Veuillez décrire brièvement tout problème ambulatoire, problème cognitif, soucis émotifs ou sociaux, difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne, etc. N'hésitez pas à vous servir du verso de cette feuille, au besoin.)

BESOINS PARTICULIERS:

(c'est-à-dire colostomie, oxygène, régime spécial, etc. Veuillez décrire en détail, y compris le traitement ou l'intervention nécessaire.)

À votre avis, les soins dont ce patient a besoin excèdent-ils les critères d'admission tels que décrits sur la feuille de renseignements ci-jointe concernant le Complexe de logements des aînés de Cochrane? Oui Non

Nom du médecin: _____ Date: _____

Nom du médecin (en lettres moulées): _____ Numéro de téléphone au bureau: _____



Une vie de retraite
abordable et moderne



L'AUTONOMIE QUE VOUS RECHERCHEZ ET L'AIDE DONT VOUS AVEZ BESOIN

Les aînés qui voudraient mener une vie autonome sans se soucier des responsabilités des soins du ménage trouveront ici ce qu'ils cherchent: l'autonomie, le confort, la sécurité et la camaraderie. Ce bâtiment de 32 suites, nouvellement construit, offrira un ensemble varié de suites, une salle à manger avec services complets où l'on vous servira trois repas par jour à base de produits frais, selon le Guide alimentaire canadien. Les personnes âgées qui vivent dans un logement indépendant ou avec services de soutien n'ont pas besoin d'aide vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce complexe de logements fournit aux aînés une résidence sécuritaire où le personnel, qui est en service 14-16 heures par jour, s'occupe des rappels de médicaments de prescription ainsi que de faire, chaque semaine, l'entretien ménager léger et le lavage du linge de lit tels que les draps et taies d'oreillers. Les activités sociales et les exercices physiques auront lieu dans la salle des loisirs.

CRITÈRES DE SANTÉ DES RÉSIDENTS

- Ambulatoire, peut marcher seul, serait capable d'autoévacuation en cas d'urgence
- Les appareils fonctionnels sont permis et si un tel appareil est utilisé, la personne doit pouvoir effectuer seul le transfert d'un fauteuil roulant à une chaise, au lit ou à la toilette
- Capable de prendre seul des décisions
- Apte à réaliser les activités de la vie quotidienne
- Peut être laissé seul, en toute sécurité, sans surveillance, 24 heures sur 24
- Capable de manger sans aide
- Fonction mentale normale
- Ne doit pas souffrir d'incontinence fécale ou urinaire, à moins de pouvoir se changer seul
- Apte à communiquer, se servir du téléphone, faire des appels d'urgence
- Capable de fixer des rendez-vous avec un médecin et se rendre seul au bureau du médecin
- Doit fournir une évaluation médicale récente des dossiers d'un médecin

Si la santé du résident détériore à un point tel que cela puisse poser un risque pour sa propre sécurité ou celle d'autres résidents ou que cela nuise considérablement à la jouissance raisonnable du complexe, le résident aura les choix suivants:

- Conclure un contrat ou prendre d'autres dispositions avec un fournisseur de soins de santé externe pour obtenir les soins supplémentaires nécessaires ou
- Donner son avis de résiliation (rupture de contrat) et faire le nécessaire pour le transfert à un autre établissement.

VIVRE À VOTRE RYTHME dans un environnement de vie agréable.