

Financé par le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité du gouvernement de l'Ontario, le Programme d'adaptation des habitations et des véhicules de la Marche des dix sous du Canada fournit du financement pour des adaptations de base des habitations et / ou des véhicules. En réduisant ou éliminant les obstacles physiques qui créent des risques pour la sécurité, les modifications, les adaptations, et les appareils permettent aux enfants et aux adultes qui ont des restrictions en matière de mobilité de continuer de vivre dans leur habitation, d'éviter la perte d'emploi, et de participer dans leur communauté.

**Un demandeur admissible doit :**

- ✓ Avoir un handicap permanent continu ou récurrent qui entrave la mobilité et engendre des restrictions considérables des activités de la vie quotidienne (manger, prendre un bain, la toilette, le transfert, et la mobilité) et/ou entrer et sortir de votre habitation pour accéder à des soins médicaux essentiels ou à des services communautaires

**Information au sujet du demandeur :**

*Ceci est la personne qui fait une demande pour du financement pour des modifications, des adaptations et un appareil*

Date de naissance :	
Prénom :	
Nom préféré (s'il est différent) :	
Nom de famille :	
Numéro de téléphone :	

Quel est le handicap de l'utilisateur?

Quel appareil de mobilité l'utilisateur utilise-t-il à la maison?

Comment son handicap affecte-t-il sa capacité à effectuer de manière indépendante les activités quotidiennes telles que manger, se laver, aller aux toilettes, et se déplacer d'un endroit à un autre?

---

Quelles sont vos recommandations en termes de dispositifs, adaptations ou modifications pour éliminer cette barrière? *Veillez préciser si vos recommandations concernent des modifications (entrée/sortie, fauteuils élévateurs ou aménagements de salle de bains), et indiquez pourquoi les équipements qui ont été testés se sont avérés inadaptés.*

---

Si vous recommandez des modifications de la salle de bains (construction) au deuxième étage, veuillez décrire les mécanismes permettant à l'utilisateur de monter les escaliers en toute sécurité et en toute autonomie pour accéder à la salle de bains située à un autre étage. De plus, veuillez décrire le plan visant à résoudre le changement d'étage à l'intérieur de la maison et le plan à long terme pour l'utilisateur lorsqu'il ne pourra plus monter les escaliers.

---

Quels soutiens internes et externes (personnes ou services) sont offerts à l'utilisateur?

---

J'ai examiné la demande de l'utilisateur pour des modifications, des adaptations, et des appareils et je suis d'accord que cela aidera l'utilisateur. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

- Effectuer les activités de la vie quotidienne de façon indépendante
  - Effectuer les activités de la vie quotidienne avec le soutien d'autres personnes
  - Effectuer les transferts de base et essentiels dans l'habitation de façon indépendante
  - Effectuer les transferts de base et essentiels dans l'habitation avec du soutien
  - Être mobile de façon indépendante au domicile
  - Être mobile au domicile avec le soutien d'autres personnes
  - Être mobile de façon indépendante dans la communauté
  - Être mobile dans la communauté avec le soutien d'autres personnes
  - Éliminerait ou minimiserait un risque de sécurité
  - Préviendrait l'hospitalisation/le placement en établissement en aidant à la personne à continuer de vivre d'une façon sécuritaire au domicile (avec de l'aide ou sans aide)
  - Permettrait le congé de l'hôpital/établissement en aidant à la personne à continuer de vivre d'une façon sécuritaire dans son habitation (avec de l'aide ou sans aide)
  - Éviterait la perte d'emploi et de revenu
  - Permettrait à un proche aidant à répondre aux responsabilités de prendre soin d'une personne dépendante en situation de handicap (se présenter aux rendez-vous médicaux, à la thérapie, et aux activités communautaires, etc.).
  - Soutiendrait les enfants et les adultes pour participer aux activités développementales/communautaires (Exemples : fréquenter l'école, l'église, un travail de bénévole, des activités communautaires, etc.).
-

**Information au sujet du professionnel de la santé**

*Pour communiquer avec vous au sujet de vos recommandations pour des modifications, des adaptations et des appareils*

Catégorie du régulateur de santé de l'Ontario	
Nom de la pratique	
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville et code postal :	
Téléphone :	
Courriel :	
Signature :	Date :