



Au centre de votre autonomie

Demande de dépannage alimentaire

Date : _____

Identification et informations générales

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ **Âge (50 et + obligatoire) :** _____

Téléphone résidentiel : _____ Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

Adresse : _____ Apt. : _____

Code postal : _____ Ville : **Laval (obligatoire)** _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Première nations/Métis/Inuits (18 ans et +)

*Services ou ressources d'aide reçus actuellement (intervenant, préposé, CLSC, infirmier, proche aidant etc.) : Nom, fonction et coordonnées :

- _____
- _____
- _____

Contact en cas d'urgence :

- Nom et prénom: _____
- Téléphone : _____
- Courriel : _____
- Lien avec la personne : _____

Conditions médicales (diagnostics formels : physique, mental, psychologique)

Aide alimentaire demandée

- Panier d'aliments essentiels (si la personne peut cuisiner)
- Popote roulante (repas chauds livrés 5 jours par semaine)
- Mets congelés (obligation de disposer d'un micro-onde ou four et d'un congélateur)

*Diète particulière (popote et mets congelés) : OUI NON

*Aliments restreints pour diète _____

Allergies/restrictions/intolérances (popote et mets congelés) :

Milieu de vie

- Propriétaire Locataire Maison de chambre Sans domicile
 Résidence pour aînés CHSLD

Autre. ***Préciser*** : refuge d'urgence, colocataire., HLM, Coop, foyer de groupe, habitation appartenant à une bande, hébergement chez des amis ou de la famille, etc.

Situation familiale/sociale

- Vit seul(e) (inclut colocataire sans lien de parenté)

Si **coché**, combien de personnes vivent à cette adresse _____

Conjoint (e) : _____

Séparé(e), divorcé(e), veuf (ve): _____

- Monoparental -1 adulte avec enfant (s)

- 2 adultes et +, avec enfant (s)

- 2 adultes et +, sans enfant

- Couple sans enfants

- Autres. Préciser : _____

- Âge de tous les enfants habitant avec la personne : _____

- Âge de tous les adultes habitant avec la personne: _____

-Nouvel immigrant ou réfugié depuis moins de 10 ans (18 ans et +) OUI NON

Études complétées : _____

Sources de revenus

- Emploi CNESTT Programme employabilité Assurance-emploi

- Aide sociale Aide-invalidité Pension de vieillesse/ rente de retraite

- Allocation familiale Prêts/bourses/aide aux études Pension alimentaire

- Autres revenus Aucun revenu

Précisions au besoin : _____

Copie de l'avis de cotisation

- Remis Non remis Non disponible.

Date prévue de remise : _____

Montant de cotisation indiqué sur le relevé : \$ _____

Complété par (intervenant SCAMA): _____

Consentement

J'ai pris connaissance que le centre SCAMA dispose d'une politique de confidentialité et protection des renseignements personnels et j'autorise SCAMA à collecter mes données personnelles

Je consens à recevoir l'infolettre de SCAMA par courriel (envoi mensuel aux 2 mois)

PROCHE AIDANT

Je soussigné, _____ proche aidant de Mme/Mr. _____ certifie avoir pris connaissance que le centre SCAMA dispose d'une politique de confidentialité et protection des renseignements personnels et j'autorise SCAMA à collecter mes données personnelles

Déclaration de conformité

Je confirme que toutes les informations mentionnées ci-haut sont justes, véridiques et conformes à ma situation.

Règles établies pour tous et toutes afin d'assurer une ambiance positive et conviviale :

- Ne jamais hausser la voix ou crier contre quelqu'un ou une situation qui dérange
- Être poli (e), respectueux (se) et courtois (e) en tout temps (pas d'insultes ou de grossièretés)
- Respecter l'ordre des numéros attribués et faire preuve de patience envers tous les autres en attendant son tour

***Je suis informé (e) que si je ne respecte pas les règles établies par SCAMA ci-dessus, après 3 avertissements, je perds mon accès au dépannage alimentaire, sans remboursement de mes frais d'adhésion. ***

Signature du demandeur : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Décision

Acceptée Refusée Autre _____

Numéro de dossier attribué si accepté : _____

Motifs de refus s'il y a lieu

Date : _____

Directrice générale