



FORMULAIRE DE VÉRIFICATION MÉDICALE

Réservé à l'usage du bureau :

Numéro de locataire : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Consentement et décharge du patient

J'autorise par la présente mon médecin à divulguer toute information médicale à la municipalité régionale de York, au Département des services communautaires et de santé et à Housing York Inc.

Par la présente, j'autorise la municipalité régionale de York, le Département des services communautaires et de santé et Housing York Inc. à conserver ces renseignements dans leurs dossiers.

Signature du patient

Date

NOTE IMPORTANTE AUX MÉDECINS :

Votre patient demande à être transféré d'un logement à un autre. Une demande de transfert pour raisons médicales entre dans l'une des catégories suivantes. Veuillez cocher la case appropriée et compléter la section correspondante :

Partie A : Demande de chambre supplémentaire

Partie B : Logement modifié

Partie C : Demande liée à la santé générale et au bien-être

PARTIE A : DEMANDE DE CHAMBRE SUPPLÉMENTAIRE

Votre patient demande une chambre supplémentaire, il peut en bénéficier si :

- a) Les conjoints ne peuvent pas partager une chambre à coucher en raison d'un handicap ou d'un problème médical
- b) Un espace supplémentaire est nécessaire pour stocker l'équipement médical requis parce qu'un membre du ménage souffre d'un handicap ou d'une maladie grave.

1) Votre patient souffre-t-il d'une pathologie qui risque de nuire à la santé de l'un ou des deux conjoints s'il partage une chambre à coucher ?

Oui Non

1a) Si oui, veuillez expliquer en quoi des chambres séparées amélioreraient le pronostic du patient.

2) En raison de son état de santé, le patient a-t-il besoin d'espace pour stocker des fournitures ou du matériel médical ? Oui Non

Si oui, veuillez cocher les cases correspondantes :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance | <input type="checkbox"/> Scooter |
| <input type="checkbox"/> Réservoirs d'oxygène | <input type="checkbox"/> Support de marche |
| <input type="checkbox"/> Hover lift | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> Nébuliseur/compresseur | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez expliquer) : _____ |

PARTIE B : DEMANDE DE LOGEMENT MODIFIÉ

Votre patient demande un logement accessible qui comportera divers degrés de modifications (par exemple, portes et couloirs élargis, douche accessible en fauteuil roulant, etc.)

1) Votre patient a-t-il besoin d'une aide à la mobilité (par exemple, un fauteuil roulant, un scooter, un support de marche) ?

Oui Non

2) Dans quelles situations votre patient utilise-t-il l'aide à la mobilité ? Veuillez expliquer.

3) Votre patient souffre-t-il d'une détérioration de son état de santé qui accroîtrait la nécessité de modifier le logement ? Si oui, veuillez expliquer.

PARTIE C : DEMANDE LIÉE À LA SANTÉ GÉNÉRALE ET AU BIEN-ÊTRE

Votre patient demande à être transféré dans un autre logement pour des raisons médicales.

1) En quoi l'unité existante du patient a-t-elle un effet négatif sur sa santé ?

2) Veuillez expliquer en quoi un transfert dans une autre unité améliorerait le pronostic du patient ?

<p>Décharge du médecin :</p> <p>Je certifie par la présente que ces informations représentent mon meilleur jugement professionnel et qu'elles sont vraies et correctes à ma connaissance.</p> <p>_____</p> <p>Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)</p> <p>_____</p> <p>Signature du médecin</p>	<p>ESPACE POUR LE CACHET DU MÉDECIN</p>
<p>Num. de tél. de contact</p> <p>_____</p>	

Les informations personnelles sur la santé divulguées dans ce formulaire ne seront utilisées que pour déterminer l'éligibilité d'un locataire à un transfert interne et sont collectées en vertu de la loi de 2000 sur la réforme du logement social. En demandant un transfert vers un autre logement à loyer indexé sur le revenu, le demandeur consent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation, y compris la vérification, des informations fournies à la municipalité régionale de York dans sa demande ou dans les documents à l'appui.