



# DEMANDE D'ADHÉSION PROGRAMME DE SECOURS ADAPTÉS



## Nature de la demande

 NOUVELLE INSCRIPTION

 MODIFICATION DES INFORMATIONS CONTENUES AU DOSSIER EXISTANT

## Renseignements sur les lieux

N° civique	Rue	Appartement	Code postal
Téléphone résidence		Cellulaire	Courriel
Étage de la chambre :		Face à la maison (n°, civique), la chambre se situe :	
<input type="checkbox"/> SOUS-SOL	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ER</sup> ÉTAGE (REZ-DE-CHAUSSÉE)	<input type="checkbox"/> À L'AVANT, DU CÔTÉ GAUCHE	<input type="checkbox"/> À L'AVANT, DU CÔTÉ DROIT
<input type="checkbox"/> 2 <sup>E</sup> ÉTAGE	<input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) : _____	<input type="checkbox"/> À L'ARRIÈRE, DU CÔTÉ GAUCHE	<input type="checkbox"/> À L'ARRIÈRE, DU CÔTÉ DROIT
Véhicule : Marque :		Modèle :	Couleur : N° plaque :

## Renseignements personnels de la personne à domicile

Nom		Prénom	
Date de naissance ____/____/____ (a/m/j) Âge : _____	Sexe <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN	Poids : _____ <input type="checkbox"/> KILOGRAMMES (KG) <input type="checkbox"/> LIVRES (LB)	Taille : _____ <input type="checkbox"/> MÈTRES <input type="checkbox"/> PIEDS/POUCES
Présence d'oxygène <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		ENDROIT : _____	

La personne vie  SEULE  AVEC CONJOINT(E)  AVEC DES ENFANTS (SI OUI, COMBIEN) : \_\_\_\_\_  AVEC UN ANIMAL : \_\_\_\_\_

Limitations	Degré de limitation			MOYENS UTILISÉES POUR PALIER À LA LIMITATION MOYENS UTILISÉS POUR PALIER À VOTRE HANDICAP (EX. : CHIEN D'ASSISTANCE, CANNE, FAUTEUIL ROULANT, ASCENSEUR, ETC.)
	LÉGER	MOYEN	LOURD	
AUDITIVE				
MOTRICE				
INTELLECTUELLE				
VISUELLE				
PHYSIQUE				
AUTRE				

Autre information utile à connaître sur votre incapacité lors d'une situation d'urgence requérant une évacuation du domicile :

J'autorise la transmission des informations contenues en ce formulaire à une centrale téléphonique 911, pour les fins de ce service seulement.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**NOTE** : Si un changement concernant vos renseignements personnels survient, vous devez le signaler afin que les informations de votre dossier soient modifiées. Les renseignements contenus sur votre état de santé concernant ce formulaire seront traités confidentiellement.

## Coordonnées des personnes à rejoindre en cas d'urgence

Nom		Prénom	
N° civique	Rue	Appartement	Ville Code postal
Téléphone résidence		Cellulaire	Courriel
Lien ou rôle envers la personne			

Nom		Prénom	
N° civique	Rue	Appartement	Ville Code postal
Téléphone résidence		Cellulaire	Courriel
Lien ou rôle envers la personne			

## Coordonnées de l'organisme ou professionnel référent

Nom de l'organisme :			
N° civique	Rue	Suite	Ville Code postal
Nom		Prénom	Titre
Téléphone		Courriel	

Je confirme la ou les limitations permanentes décrites ci-haut.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Réservé à l'administration

Réception du formulaire au SSI par :		Date :	
Entrée des informations dans BeeOn par :		Date :	
Transmission à la centrale 911 par :		Date :	
Lettre de confirmation envoyée par :		Date :	

# DEMANDE D'ADHÉSION PROGRAMME DE SECOURS ADAPTÉS

Le programme « **SECOURS ADAPTÉS** » est un système de gestion informatisé d'informations, qui permet au répartiteur de la centrale des communications 9-1-1, d'avoir accès à tout renseignement pertinent lors d'appels à l'aide émanant des personnes inscrites à ce programme. Grâce à ce système, les intervenants d'urgence sont immédiatement informés qu'il y a une personne nécessitant une assistance particulière.

**Il est à noter que ces informations demeureront confidentielles et elles ne seront utilisées qu'uniquement en cas d'urgence requérant une évacuation du domicile.**

## Qui peut s'inscrire à ce programme?

Une personne demeurant à la maison et **éprouvant une limitation permanente dans sa mobilité** qui pourrait porter atteinte à sa capacité de réaction en situation d'urgence:

- **Auditive**
- **Motrice**
- **Visuelle**
- **Intellectuelle**
- **Psychique**

Vous pouvez **adhérer** à ce programme. Il est à noter que les personnes pouvant se déplacer aisément ne sont pas éligibles à ce programme. Les données recueillies sont traitées confidentiellement et ne serviront que pour les fins de ce programme.

**Comment fonctionne le programme?** Lorsqu'un appel est reçu à la centrale 9-1-1, le répartiteur est simultanément informé qu'il y a présence d'une personne nécessitant une aide particulière, de la localisation de celle-ci, de son type d'handicap, ainsi que de la gravité de celui-ci; ce qui permettra de procéder à un sauvetage rapide et dirigé. Le nom d'une personne à rejoindre en cas de besoin est également inscrit au fichier de la personne.

Annuellement, une mise à jour des informations sera effectuée, soit par communication téléphonique ou par lettre. Toutefois, si un changement survenait en cours d'année, vous devrez communiquer avec un organisme désigné à cet effet au **450 370-4750** pour actualiser vos informations.

**Modalités d'inscription** Toute personne admissible, désirant voir ses coordonnées inscrites au fichier confidentiel de la centrale 9-1-1 doit compléter le formulaire d'adhésion et y inscrire **toute information pertinente sur son état de santé**, ainsi que les renseignements requis. Vous devez faire compléter la section par un professionnel de la santé (ex : médecin, infirmière, thérapeute, intervenant social, etc.) qui confirmera votre limitation permanente. Après la réception du formulaire d'adhésion, vous recevrez une confirmation écrite que vos renseignements sont inscrits au fichier de la centrale 911.

Les personnes inscrites au fichier sont priées de nous informer de tout changement utile (adresse, téléphone, etc.) afin que les modifications soient apportées au fichier. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer au **450 370-4750**.