



Parrainage
Civique
Montréal

Un soutien à la participation sociale

DEMANDE DE SERVICE 2016-2017

(Demande d'information)

**Pour des raisons de confidentialité,
veuillez nous retourner ce formulaire PAR LA POSTE
à l'adresse suivante :**

**Parrainage Civique Montréal
Responsable au programme d'intégration
Kloey St-Onge
4450 Rue St-Hubert, 4^{ième} étage, Bureau 422.
Montréal, Québec
H2J 2W9**

Ce formulaire de demande de service s'adresse à toute personne désirant être parrainée. Il est important, pour vous assurer le meilleur service possible, de le compléter en fournissant le plus de détails sur la situation actuelle. Il est à noter que nous communiquerons aux bénévoles potentiels toutes informations pertinentes à la relation de jumelage.

Date	
-------------	--

Veillez, s'il vous plaît, cocher le choix de réponse qui correspond à votre situation

Je m'adresse à Parrainage Civique Montréal pour la première fois

Je suis déjà sur votre liste d'attente (Actualisation de la demande de service)

Je désire participer à un nouveau jumelage

Veillez compléter, le cas échéant, l'encadré suivant

Je ne veux pas renouveler ma demande de service – **MOTIFS**

Signature	Date

Champ réservé à PCM

PERSONNE FILLEULE			
Prénom			
Nom			
Date de naissance			
N° Assurance maladie		Expiration	
Adresse			
Ville		Code postal	
Croisement		Quartier	
Téléphone			
De quel CRDI relève-t-elle?			
PERSONNE RESPONSABLE DE LA DEMANDE			
Prénom			
Nom			
Titre		Organisme	
Adresse			
Ville		Code postal	
Téléphone			
Courriel			
Lien avec la personne			
Personne en cas d'urgence			
N° de téléphone 1			
N° de téléphone 2			
Signature		Date	

Pour mieux connaître la personne filleule, veuillez cocher pour chaque catégorie la ou

les cases qui correspondent le mieux à sa situation. Les catégories avec un astérisque* nécessitent des précisions, comme le problème de santé mentale de la personne filleule, la fréquence des crises, la supervision dont la personne filleule a besoin etc. Veillez les indiquer à l'endroit prévu à la page 5.

Niveau de déficience	Type de résidence
<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Appartement autonome <input type="checkbox"/> Appartement supervisé <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Résidence communautaire <input type="checkbox"/> Résidence intermédiaire <input type="checkbox"/> Autre
Autres	
<input type="checkbox"/> Trisomie	
<input type="checkbox"/> Handicap (Précisez)	
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement (Précisez)	Déplacement
	<input type="checkbox"/> Peut marcher sans problème <input type="checkbox"/> Peut marcher jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> Peut marcher que sur de courtes distances <input type="checkbox"/> Difficultés en hiver <input type="checkbox"/> Difficultés avec les escaliers <input type="checkbox"/> Utilise une marchette <input type="checkbox"/> Utilise un fauteuil roulant
<input type="checkbox"/> Santé mentale (Précisez)	
Communication non verbale	Communication verbale
<input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> Sons <input type="checkbox"/> Gestes <input type="checkbox"/> Langage des Signes Québécois	<input type="checkbox"/> Exprime sa pensée et ses émotions <input type="checkbox"/> Aime converser <input type="checkbox"/> Échange de courtes phrases concrètes <input type="checkbox"/> Prononce quelques mots
Transport	
<input type="checkbox"/> Seule en transport en commun <input type="checkbox"/> Seule en transport en commun avec explications <input type="checkbox"/> Accompagnement requis <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Capable de se déplacer seul pour rencontrer sa marraine/son parrain à un point de rencontre <input type="checkbox"/> Vit prêt d'un métro, si oui lequel?	
Langue parlée	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres(Précisez)
N° Transport Adapté (si titulaire)	
Santé *	Habilité de vie *

<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Cholestérol <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite <input type="checkbox"/> Épileptique (Précisez)	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Besoin de supervision et de conseils à l'occasion <input type="checkbox"/> Besoin de supervision dans ses activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Besoin d'aide dans ses activités quotidiennes
---	---

Détaillez ici les catégories appropriées (santé * et habiletés de vie *)

Existe-t-il des aliments qu'il est préférable d'éviter? **Contact avec la famille**

<input type="checkbox"/> Allergie (gravité et symptômes) <input type="checkbox"/> Aliments	<input type="checkbox"/> Pas de contact <input type="checkbox"/> Contact occasionnels <input type="checkbox"/> Contact régulier
---	---

Veillez préciser les raisons **Précisez**

<input type="checkbox"/> Fumeur	
---------------------------------	--

MÉDICATION

Médicaments (nom)	Posologie (Combien de fois par jour)	Raison pour la prise de médicaments (maladie)

Trait de caractère **Sociabilité**

<input type="checkbox"/> Affectueux <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Attachant <input type="checkbox"/> Enjoué	<input type="checkbox"/> Sociable, va vers les gens <input type="checkbox"/> Bonne relation avec les pairs <input type="checkbox"/> Réservé mais accepte les contacts <input type="checkbox"/> Peu de contact
--	--

<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	
Propreté		
<input type="checkbox"/> Bonne hygiène <input type="checkbox"/> A besoin de supervision		
INTÉRÊTS ET LOISIRS		
SPORTS	LOISIRS	ACTIVITÉS CULTURELLES
<input type="checkbox"/> Aime en général <input type="checkbox"/> Vélo <input type="checkbox"/> Quilles <input type="checkbox"/> Natation <input type="checkbox"/> Soccer <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Patin <input type="checkbox"/> Glissade <input type="checkbox"/> Hockey <input type="checkbox"/> Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> Aime en général <input type="checkbox"/> Arts plastiques <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Promenade <input type="checkbox"/> Danse <input type="checkbox"/> Jeux de société <input type="checkbox"/> Casse-tête <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> Aime en général <input type="checkbox"/> Spectacle <input type="checkbox"/> Festival <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Cinéma <input type="checkbox"/> Exposition <input type="checkbox"/> Tourisme <input type="checkbox"/> Autres (précisez)
Donnez une brève description de la personne filleule		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Résidence de la personne filleule	
La personne demeure	<input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Avec d'autres personnes
Nom d'une personne ressource habitant avec la personne filleule	
Lien avec la personne	
Téléphone	
Occupation de la personne filleule (précisez)	
<input type="checkbox"/> Atelier	
<input type="checkbox"/> École	
<input type="checkbox"/> Travail autonome	
<input type="checkbox"/> Autre	
Situation juridique de la personne filleule	
<input type="checkbox"/> Personne responsable pour elle-même	
<input type="checkbox"/> Curatelle	
<input type="checkbox"/> Tutelle au majeur	
<input type="checkbox"/> Autre	
Nom tuteur ou curateur	
Autres	
Scolarité de la personne filleule	
Sait-elle lire?	
Sait-elle écrire?	
Quel est son statut socio-économique (revenu annuel ou mensuel)	
Éléments supplémentaires	
A-t-elle des phobies, des fixations, des rituels?	
A-t-elle été victime d'un type de violence qui a pour conséquence d'affecter sa relation avec les autres, si oui précisez?	
Les parents ou les proches sont-ils au courant de la présente demande de parrainage? Si oui, sont-ils d'accord?	

ATTENTE FACE AU JUMELAGE

Quelles sont les raisons qui motivent cette demande de service?

Numérotez de 1 à 3 / 1 étant la plus importante.

	La recherche d'une personne significative
--	---

	Le désir de briser l'isolement
--	--------------------------------

	Le besoin de créer un réseau social
--	-------------------------------------

Précisez

Quels sont les objectifs de cette demande?

Numérotez de 1 à 5 / 1 étant la plus importante.

	Favoriser l'autonomie
--	-----------------------

	Faire de nouveaux apprentissages
--	----------------------------------

	Faire plus de sorties
--	-----------------------

	Développer des habiletés sociales
--	-----------------------------------

	Favoriser l'affirmation de soi
--	--------------------------------

Précisez

Ces objectifs sont-ils les mêmes que ceux du Plan de Services Individualisé?

Oui

Non

Si non, pourquoi?

Préférence pour le jumelage

Marraine Parrain Sans préférence

Vous préférez que les sorties aient lieu

Jour Soir Fins de semaine

Précisez

La personne filleule est-elle au courant de la demande de parrainage

Oui

Non

Si non, pourquoi?

ENCADREMENT PROFESSIONNEL

La personne filleule a-t-elle des contacts réguliers avec des professionnels du réseau de la santé ?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser

Personne 1

Nom

Profession

Organisme

Téléphone

Personne 2

Nom

Profession

Organisme

Téléphone

Chef de service (S'il y a lieu)

Nom

Profession

Organisme

Téléphone

Merci de votre précieuse collaboration



Parrainage
Civique
Montréal

*Un soutien à la
participation sociale*

CONSENTEMENT

J'affirme avoir mis au courant les parents ou les tuteurs légaux de _____
(nom de la personne filleule) de la demande de service faite auprès de Parrainage Civique Montréal.

J'affirme également que ces derniers sont en accord avec un éventuel jumelage entre
_____ (nom de la personne filleule) et un(e) bénévole de cet organisme.

En foi de quoi, ce document a été signé à _____, le _____ 201__.

Signature de la personne filleule ou du responsable

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la
personne filleule ci-haut nommée



Parrainage
Civique
Montréal

*Un soutien à la
participation sociale*

Montréal, le _____

Objet : Engagement entre PCM et la personne responsable de _____ (nom de la personne filleule)

Chère Madame, cher Monsieur,

Parrainage Civique Montréal (PCM) est un organisme sans but lucratif qui consacre, depuis trente ans, ses efforts à intégrer dans la communauté des personnes ayant une déficience intellectuelle. À ce jour, plus d'un millier de personnes de la grande région de Montréal ont bénéficié directement de nos services de soutien, de consultation et de formation. Les citoyens bénévoles jouent un rôle fondamental auprès de notre clientèle. Ce sont principalement des membres de la communauté, qui ont le désir de partager du temps, des loisirs et une belle relation d'amitié avec des personnes ayant des besoins spécifiques.

PCM s'est doté de critères afin que les personnes en liste d'attente puissent maintenir leur inscription. Toute personne, inscrite sur la liste d'attente, doit répondre aux 2 critères suivants afin de demeurer sur la liste :

1. **participer à une des activités organisées pour les personnes qui sont en attente d'un jumelage, et ce, à chaque année (voir le calendrier du Parrainage),**
2. **actualiser la demande de service de la personne sur la liste d'attente à tous les ans afin de maintenir le dossier à jour.**

Pour les personnes en liste d'attente, le fait d'omettre de répondre à un ou deux de ces critères, oblige le PCM à fermer le dossier de cette personne. **De plus, cette personne devra attendre un minimum d'un an avant de faire une nouvelle demande de service auprès de PCM.**

C'est dans cette optique que PCM souhaite un engagement de votre part afin de vous assurer que _____ (nom de la personne filleule) répondra aux 2 critères énoncés plus haut. De plus, nous aimerions que vous nous teniez au courant des changements dans le dossier de _____ (tout changement d'adresse, de numéro de téléphone, d'éducateurs, de CRDI et/ou tout nouveau détail concernant sa santé).

Merci de votre collaboration auprès de PCM.

En foi de quoi, ce document a été signé à _____, le _____ 201 ____.

Responsable de la personne filleule : _____

Responsable du Programme d'intégration : _____



Parrainage
Civique
Montréal

*Un soutien à la
participation sociale*

**Autorisation échange de renseignements personnels
PERSONNE FILLEULE**

Je soussigné(e) : _____
(nom de la personne filleule en lettre moulées)

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Autorise, par la présente, **Parrainage Civique Montréal**, à échanger des informations me concernant avec ma marraine/mon parrain, mes intervenants, ma famille et/ou toute autre personne pertinente.

Cette autorisation est valable aussi longtemps que je ne donne un avis contraire, par écrit.

En foi de quoi, ce document a été signé à _____, le _____ 201 ____.

Signature personne filleule ou responsable

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la
personne filleule ci-haut nommée



Parrainage
Civique
Montréal

*Un soutien à la
participation sociale*

FICHE D'AUTORISATION PUBLICATION PHOTO

Je soussigné(e) : _____
(nom de la personne filleule en lettre moulées)

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Autorise, par la présente, **Parrainage Civique Montréal** à utiliser, à reproduire et à diffuser une photographie de (nom de la personne filleule), _____ dans le but de faire la publicité de l'organisme, de promouvoir ses activités ou toute autre action jugée pertinente, et ce, sans aucune réclamation de ma part.

Cette autorisation est valable aussi longtemps que je ne donne un avis contraire, par écrit.

En foi de quoi, ce document a été signé à _____, le _____ 201____.

Signature personne filleule ou responsable

Date

Si autre que la personne filleule : fonction ou lien avec la personne filleule ci-haut nommé

