

Demande de services Information sur le bénéficiaire



Présentation de l'organisme

Le présent formulaire est requis afin de nous faire connaître vos besoins. Nous vous assurons de notre entière discrétion face au contenu de votre dossier.

Action Autisme ne reçoit pas de subvention gouvernementale. Nous veillons à la gestion de l'organisme et offrons nos services grâce aux dons et aux fonds amassés lors de nos événements bénéfiques. Bien que nos moyens soient limités, nous comprenons vos besoins et votre détresse face à votre recherche de soutien et de financement.

Action Autisme a été créé par des parents d'enfants autistes. Notre dévouement est inspiré des progrès réalisés à la suite des interventions que nous avons faits auprès de nos enfants et des succès vécus par les bénéficiaires de l'organisme. Nous vous encourageons à poursuivre vos démarches et à jouer un rôle actif dans votre développement personnel. Comptez sur l'accumulation de petits progrès pour faire une grande différence au fil du temps.

L'organisme dispose de 5 offres de services en soutien aux adultes présentant des défis neurodéveloppementaux:

1. Remboursement des frais de formation en lien avec leurs défis.
2. Accompagnement ou coaching pour mettre en application les notions apprises lors de formations.
3. Accompagnement individuel afin de mieux comprendre les divergences de pensées des neurotypiques ou pour le développement et maintien de l'autonomie.
4. Prêt ou achat de matériel éducatif ou spécialisé.
5. Consultation auprès d'une intervenante en éducation à la sexualité.
Ce terme est souvent mal interprété. Une intervenante en éducation à la sexualité a comme objectif d'accompagner la personne dans ses relations familiales, amicales, amoureuses et à explorer leur identité (connaissance de soi et estime de soi).

DEMANDE DE SERVICES INITIALE - ADULTE

Renseignements de base

Prénom et nom du demandeur :

Âge :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone (ou cell):

Courriel :

Si vous préférez être représenté par une autre personne

Nom de la personne de confiance :

Téléphone :

Courriel :

Lien avec la personne de confiance :

Diagnostic

Avez-vous obtenu un diagnostic de la part d'un professionnel de la santé? **(Si oui, inclure le ou les rapports de diagnostic lors de la première demande de service si vous le possédez)**

oui Indiquez le diagnostic :

non

Pour mieux vous connaître

Cocher un ou les moyens à privilégier pour communiquer avec vous.

Par texto, via l'application : Message, Messenger, autre :

Par vidéoconférence, via l'application : FaceTime, Zoom, Autre :

Par courriel

Pour les communications verbale, vous pouvez m'appeler directement

Pour les communications verbale, communiquer avec ma personne de confiance

DEMANDE DE SERVICES INITIALE - ADULTE

Lieu de résidence

J'habite chez mes parents

J'habite en appartement : seul, nombre de colocataires :

Autre :

Description de vos besoins

Veillez nous décrire l'objet de votre demande d'aide.

DEMANDE DE SERVICES INITIALE - ADULTE

Autres renseignements pertinents

Vous pouvez également nous signaler tout autre fait pertinent qu'il serait important que nous connaissions afin de mieux nous exposer votre situation.

Vous pouvez joindre une lettre, feuillet ou tout autre document si vous ne disposez pas de suffisamment d'espace.

Déclaration

Je déclare que tous les renseignements déclarés sont exacts et véridiques.

Personne qui a rempli le formulaire :

Date :

Veillez faire parvenir ce formulaire à l'adresse suivante :

Par la poste:

Action Autisme

250 - 1705 Boul des Laurentides, Laval

H7M 2P5

Par courriel:

actionautisme@hotmail.com

Avez-vous inclus:

Le(s) rapport(s) de diagnostic ou tout autres documents pertinents, si requis.