

POPOTE ROULANTE - Formulaire pour demande de service

Transmettre par fax au (579) 934-3981

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____ SEXE : F : M

DDN (ANNÉE/MOIS/JOUR) : _____ / _____ / _____

ADRESSE : _____ N°. APT : _____ CODE D'ENTRÉE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE À DOMICILE : _____ LANGUE D'USAGE : _____ HABITE SEUL(E) : Oui Non

Personne responsable de la mise en place du service (si autre que l'utilisateur) : _____ Lien : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence (**obligatoire**) : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Si demande de couple, veuillez compléter un autre formulaire pour le conjoint (e).

Nom du conjoint (e) : _____

MOTIF DE LA DEMANDE	PROFIL DE L'USAGER								
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie permanente <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie temporaire <input type="checkbox"/> Proche aidant <input type="checkbox"/> Post-hospitalisation (demande sera priorisée)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prob. de mobilité</td> <td><input type="checkbox"/> Prob. de surdité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prob. de mémoire</td> <td><input type="checkbox"/> Prob. d'�locution</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prob. cognitifs</td> <td><input type="checkbox"/> Prob. visuels</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soins palliatifs</td> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Prob. de mobilité	<input type="checkbox"/> Prob. de surdit�	<input type="checkbox"/> Prob. de mémoire	<input type="checkbox"/> Prob. d'élocution	<input type="checkbox"/> Prob. cognitifs	<input type="checkbox"/> Prob. visuels	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Prob. de mobilité	<input type="checkbox"/> Prob. de surdité								
<input type="checkbox"/> Prob. de mémoire	<input type="checkbox"/> Prob. d'élocution								
<input type="checkbox"/> Prob. cognitifs	<input type="checkbox"/> Prob. visuels								
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Autres : _____								

PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES

Toutes les popotes roulantes de Laval offrent un **repas complet** incluant une soupe, un plat principal et un dessert cuisiné **sans excès de gras et de sel.**

En cas de goûts particuliers ou d'intolérances alimentaires, l'utilisateur devra en discuter directement avec la popote roulante qui évaluera s'il est possible ou non d'accommoder l'utilisateur.

*** Cochez la case appropriée (obligatoire):**

L'utilisateur n'a aucune allergie alimentaire
 L'utilisateur a une allergie alimentaire, spécifiez : _____
 L'utilisateur est diabétique

N.B. Les allergies aux œufs, au gluten ou à tout autre aliment qui est à la base de plusieurs recettes **ne sont pas recevables.**

BESOINS Nombre de jours/sem. : _____ Préférences, si nécessaire : L Ma Me J V

AUTRES INFORMATIONS UTILES (ex : prend du temps à répondre, demande urgente, méfiant, etc.)

***Consentement obligatoire :** L'utilisateur consent à recevoir la popote roulante et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis à l'organisme ou aux organismes desservant son territoire : **Oui**

***NOM DE L'INTERVENANT QUI RÉFÈRE :** _____

Tél. : _____ poste : _____ courriel : _____

APL SAPA DI-TSA-DP SM Santé publique

Autre : _____ Date d'envoi de la référence : _____

***Information obligatoire, sans quoi la demande ne pourra pas être traitée et vous sera retournée**

Mise à jour 2018-08-

Cheminement des nouvelles demandes

- L'intervenant référant (pivot ou non) transmet le formulaire à l'Association des Popotes Roulantes de Laval (APRL) **par fax au (579) 934-3981**;
- Suite à la vérification de la demande, une adjointe administrative de l'APRL transmet le formulaire à la ou aux popotes roulantes qui desservent le territoire de l'utilisateur;
- La popote roulante contacte l'utilisateur ou son proche aidant pour expliquer les services, confirmer les journées de desserte, convenir d'une date de début, établir un mode de paiement et discuter des particularités alimentaires s'il y a lieu (allergies, intolérances, goûts, etc.);
- Du moment où l'intervenant envoie une nouvelle demande de service, cela peut prendre entre deux et cinq jours ouvrables avant que la popote contacte l'utilisateur. Le démarrage du service débutera après que la popote ait pris les arrangements nécessaires avec l'utilisateur ou la personne responsable de la mise en place du service. Si le délai dépasse 1 semaine, veuillez contacter l'APRL;
- **En cas de besoins urgents (délai de 24 à 48 heures)**, veuillez écrire une note à cet effet dans la section « AUTRES INFORMATIONS UTILES »;
- En cas de refus et si pertinent, l'adjointe administrative de l'APRL avise l'intervenant actif au dossier;
- Que la demande soit refusée ou acceptée, tous les dossiers sont conservés à l'APRL;
- Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter l'APRL au **(579) 934-3980** ou par courriel administration@popoteroulantelaval.org.

Consultez le document « Tout ce qu'il faut savoir sur les popotes roulantes de Laval » pour connaître:

- Les services de la popote roulante;
- Les critères d'éligibilité au service;
- Votre rôle et vos responsabilités à titre d'intervenant qui réfère;
- Le rôle et les responsabilités l'adjointe administrative;
- Les coordonnées des 8 popotes roulantes et le territoire desservi par chacune d'elles.