

Demande de détermination d'admissibilité pour une admission en foyer de soins de longue durée

Formulaire fourni par le ministère des Soins de longue durée selon la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*

Si vous souhaitez être admis(e) dans un foyer de soins de longue durée (SLD), vous devez remplir ce formulaire. Ces renseignements sont requis par le coordinateur de placement désigné pour les foyers de SLD afin de déterminer si vous pouvez être admis(e). Le coordinateur de placement désigné peut recueillir des renseignements personnels supplémentaires sur la santé auprès de vos fournisseurs de soins de santé afin de déterminer votre admissibilité. Le coordinateur de placement désigné peut également utiliser et divulguer ces renseignements dans le même but.

Renseignements du demandeur

Nom du demandeur

Nom de famille

Prénom

Adresse postale

Numéro d'appartement	Numéro de rue	Nom de rue	Boîte postale
Type (rue/boul./av./etc.)		Direction (N/S/O/E)	Parcelle/concession/route rurale
Ville		Province	Code postal

Coordonnées

Nom de famille

Prénom

Numéro de téléphone fixe (y compris l'indicatif téléphonique)

Poste

Numéro de téléphone cellulaire (y compris l'indicatif téléphonique)

Autre numéro de téléphone (y compris l'indicatif téléphonique)

Poste

Renseignements du mandataire spécial (si applicable)

Nom de famille

Prénom

Numéro de téléphone fixe (y compris l'indicatif téléphonique)

Poste

Numéro de téléphone cellulaire (y compris l'indicatif téléphonique)

Autre numéro de

téléphone (y compris l'indicatif téléphonique)

Poste

Fournir l'autorisation légale d'agir en tant que mandataire spécial (p. ex. désignation par le tribunal d'un tuteur à la personne, procuration pour soins personnels, conjoint ou partenaire, etc.) :

Consentement

Je, soussigné(e), _____ fais une demande de /
Prénom et nom de famille du demandeur/du mandataire spécial légalement autorisé

(Nom du coordinateur de placement désigné)

selon la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* pour une détermination de mon admissibilité (ou celle du demandeur) à l'admission dans un foyer de soins de longue durée en tant que (cocher la ou les cases appropriée(s)) :

résident à long terme résident à court terme

Je peux retirer cette demande à tout moment.

Nom de famille, Prénom du demandeur ou mandataire spécial du demandeur

Signature du demandeur ou du mandataire spécial du demandeur	Date (jj/mm/aaaa)
X	