



**FONDATION MIRA INC.**  
**FORMULAIRE DE DEMANDE**  
**CHIEN D'ASSISTANCE**

Apposer une  
photo récente

**À l'usage de la Fondation Mira Inc.**

Date de la demande \_\_\_\_\_  
Complété par \_\_\_\_\_  
Rapport médical inclus \_\_\_\_\_

# de la demande \_\_\_\_\_  
Date de réception \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone résidence ( ) \_\_\_\_\_

Téléphone travail ( ) \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Statut civil \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

Grandeur \_\_\_\_\_

*Si la personne nommée ci-haut est un enfant, inscrivez le nom et les coordonnées de la personne qui en est responsable.*

Nom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**QUESTIONS DE SANTÉ ET D'INCAPACITÉ**

**Décrivez le diagnostic que vous avez reçu en utilisant la terminologie générale et médicale :**

---

---

---

Quand avez-vous reçu de diagnostic ? \_\_\_\_\_

Votre état est-il stable ou progressif ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des déficiences associées (diabète, haute pression, ...) ?

\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres problèmes de santé? Si oui, indiquez-nous la nature. Si vous souffrez d'allergie, indiquez-nous sa nature.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que les proches qui vivront aussi avec le chien ont des problèmes quelconques d'allergie? Si oui, indiquez-en la nature.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*N'oubliez pas de joindre à votre demande une copie de votre dossier médical.*

Avez-vous recours à des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, neuropsychologie, etc.) ? Indiquez les noms et coordonnées des personnes qui vous viennent en aide.

•

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

•

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

•

\_\_\_\_\_

Si vous avez subi un accident de la route ou de travail, donnez les coordonnées de votre conseiller :

**SAAQ**      Conseiller: \_\_\_\_\_  
                 Téléphone: \_\_\_\_\_  
                 No. dossier: \_\_\_\_\_

**CSST**      Conseiller: \_\_\_\_\_  
                 Téléphone: \_\_\_\_\_  
                 No. dossier: \_\_\_\_\_

Recevez une allocation d'invalidité ? OUI / NON

**Cochez les situations qui représentent le mieux vos capacités**

Je peux :	<i>TOUJOURS</i>	<i>SOUVENT</i>	<i>PARFOIS</i>	<i>RAREMENT</i>	<i>JAMAIS</i>
Ramasser un objet sur le plancher	( )	( )	( )	( )	( )
Prendre un objet sur une chaise	( )	( )	( )	( )	( )
Prendre un objet sur une table	( )	( )	( )	( )	( )
Appuyer sur des boutons d'ascenseur	( )	( )	( )	( )	( )
Ouvrir des portes	( )	( )	( )	( )	( )
Propulser mon fauteuil durant 2 minutes	( )	( )	( )	( )	( )
Me transférer seul de mon fauteuil à mon lit	( )	( )	( )	( )	( )
Levers les bras	( )	( )	( )	( )	( )
Marcher	( )	( )	( )	( )	( )

**LIEU DE RÉSIDENCE**

Milieu urbain

Maison unifamiliale

Milieu résidentiel

Logement

Milieu rural

Appartement

Autre: \_\_\_\_\_

Êtes-vous propriétaire de votre logement ? OUI / NON

Est-ce que votre lieu de vie est adapté à vos besoins ? OUI / NON

Quelles adaptations intérieures et extérieures avez-vous ?

---



---



---

**ENVIRONNEMENT FAMILIAL**

Vous vivez:  Seul  Avec un(e) conjoint(e)  Avec un/des colocataire(s)  Avec votre famille

**Veillez énumérer toutes les personnes qui vivent à votre domicile. Veillez inclure leur nom, âge et lien avec vous.**

---

---

---

**Est-ce que toutes les personnes qui vivent avec vous acceptent votre démarche ? OUI / NON**

**Si certaines ne vous encouragent pas, s'il vous plaît décrivez leurs préoccupations:**

---

---

---

**Avez-vous d'autres animaux de compagnie à la maison ? Veillez inclure leurs âges, race, si ils sont stérilisés ou non. Veillez inclure tous les animaux de compagnie, pas seulement les chiens**

---

---

---

**Avez-vous déjà eu un chien? OUI / NON**

**Si oui, de quelle race ? \_\_\_\_\_**

**STYLE DE VIE**

**Veillez énumérer le nombre d'heures par semaine pour ces activités :**

Activités	Seul	Auxiliaire familiale et sociale*	En famille/avec des amis
Travail à l'ordinateur			
Regarder la télévision			
Écouter de la musique			
Lecture			
Tâches ménagères			
Autres			

*\*Auxiliaire familiale et sociale ou autre type d'aide payée*

**Quels sont vos intérêts et passe-temps ?**

---

**Veillez énumérer la quantité d'heures par semaine que vous consacrez à ces activités et quel moyen de transport vous utilisez pour vous y rendre :**

Abréviations des  
moyens de  
transport:

**PV=** Propre  
Véhicule

**TP=** Transport  
Public

**TA=** Transport  
Adapté

**PM=** Par vos Propres  
Moyens (à pied, en  
Fauteuil,...)

Activité	Seul	Aide rémunérée*	En famille/avec des amis	Type de transport
Magasinage				
Cinéma				
Restaurant/Cafés				
Bar/Club				
Visites chez des amis				
Aller au parc				
Faire l'épicerie				
Party				
Activité sportive				
Évènements sportifs				
Théâtre/Spectacles				
Visites médicales				
Réadaptation				
Autres				

*\*Auxiliaire familiale et sociale ou autre type d'aide payée*

## **SITUATION D'EMPLOI/ÉTUDES**

### **EMPLOI**

Poste occupé : \_\_\_\_\_  à temps partiel  à temps plein  bénévolat

Employeur : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Description sommaire de vos tâches:

---



---



---

Décrivez l'horaire d'une journée de travail type?

---



---



---

Avez-vous discuté avec votre employeur de la possibilité d'avoir un chien d'assistance au travail? OUI / NON

**ÉTUDES** Vous étudiez :

- Par correspondance Niveau : \_\_\_\_\_
- Au primaire Heures/jours par semaine: \_\_\_\_\_  
Établissement: \_\_\_\_\_
- Au secondaire Heures/jours par semaine: \_\_\_\_\_  
Établissement: \_\_\_\_\_
- Au CEGEP Heures/jours par semaine: \_\_\_\_\_  
Établissement: \_\_\_\_\_
- A l'université Heures/jours par semaine: \_\_\_\_\_  
Établissement: \_\_\_\_\_

Décrivez l'horaire d'une journée de travail type ?

---

---

---

Avez-vous discuté avec le directeur(trice) de votre établissement de la possibilité d'avoir un chien d'assistance sur votre lieu d'étude ? OUI / NON

Veillez décrire votre environnement de travail/d'étude:

---

---

---

**AIDES TECHNIQUES**

Veillez cocher les aides techniques que vous utilisez régulièrement et indiquer quand et pour quelle situation vous les employez

- Fauteuil roulant : \_\_\_\_\_
- Fauteuil roulant électrique : \_\_\_\_\_
- Quadri/triporteur : \_\_\_\_\_
- Marchette : \_\_\_\_\_
- Canne : \_\_\_\_\_
- Béquilles : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

**ATTENTES**

Considérez-vous qu'un chien puisse améliorer votre autonomie dans le cadre de votre quotidien, comme lors de vos déplacements et dans le cadre de vos réalisations futures? Si oui, indiquez-nous de quelle manière?

---

---

---

---

---

Si vous n'avez pas été capable d'écrire pour remplir vous-même le présent formulaire, qui l'a complété pour vous ?

Nom: \_\_\_\_\_ Lien avec vous : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur: \_\_\_\_\_

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

**Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.**