



Financé par le ministère Santé, Aînés et des Soins de longue durée du gouvernement du Manitoba, le programme d'adaptation de domicile pour les aînés offre du financement pour les adaptations de base des habitations. En réduisant ou éliminant les obstacles physiques qui présentent des risques pour la sécurité des personnes, les modifications, les adaptations et les dispositifs permettent aux personnes âgées à mobilité réduite de rester et de vieillir chez elles plus longtemps.

Un demandeur admissible doit :

- ✓ Avoir une condition ou une limitation permanente, continue ou récurrente, qui entrave la mobilité et entraîne des restrictions substantielles dans les activités de la vie quotidienne (manger, se laver, aller aux toilettes, se déplacer et assurer la mobilité) et/ou entrer et sortir de chez soi pour accéder à des soins médicaux essentiels ou à des services de proximité.

Information du demandeur :

Personne qui fait une demande pour du financement pour des modifications, des adaptations et des dispositifs

Date de naissance:

Prénom :

Nom préféré (s'il est différent) :

Nom de famille :

Numéro de téléphone :



Quelle est la condition/limitation du client?

Quel appareil de mobilité le client utilise-t-il à la maison?

Comment sa condition ou limitation affecte-t-elle sa capacité à accomplir de manière autonome les activités quotidiennes telles que manger, se laver, aller aux toilettes, se déplacer et assurer sa mobilité?



Quelles sont vos recommandations en termes de dispositifs, d'adaptations ou de modifications pour éliminer cet obstacle? *Si votre recommandation concerne des modifications (entrée/sortie, fauteuils élévateurs ou modifications de salle de bain), veuillez indiquer quels équipements ont été testés et les raisons pour lesquelles ils ne conviennent pas.*

Si vous recommandez de modifier la salle de bains (construction) au deuxième étage, veuillez décrire les mécanismes qui permettront au client de monter les escaliers en toute sécurité et de manière autonome pour accéder à la salle de bains située à un autre niveau. Veuillez également décrire le plan visant à gérer les changements de niveau dans la maison et le plan à long terme pour le client lorsqu'il ne pourra plus monter les escaliers.

Quels sont les soutiens internes et externes (personnes ou services) dont dispose le client ?



J'ai examiné la demande du client pour des modifications, des adaptations, et des dispositifs et je suis d'accord que cela aidera le client. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

- Effectuer les AVQ de façon autonome
- Effectuer les AVQ avec le soutien d'autres personnes
- Effectuer les transferts de base et essentiels de façon autonome à la maison
- Effectuer les transferts de base et essentiels avec du soutien à la maison
- Être capable de se déplacer de façon autonome à la maison
- Être capable de se déplacer à la maison avec du soutien d'autres personnes
- Être capable de se déplacer de manière autonome dans la communauté
- Être capable de se déplacer dans la communauté avec du soutien d'autres personnes
- Éliminerait ou minimiserait un risque pour la sécurité des personnes
- Préviendrait l'hospitalisation/le placement en institution en aidant l'individu à continuer de vivre en toute sécurité dans sa maison (avec ou sans assistance)
- Permettrait la sortie de l'hôpital/de l'institution en aidant l'individu à continuer à vivre en toute sécurité chez lui (avec ou sans assistance)
- Éviterait la perte d'emploi et de revenu



- Permettrait à un soignant de répondre aux responsabilités liées aux soins d'une personne âgée (assister aux rendez-vous médicaux, aux séances de thérapie et aux activités communautaires, etc.).
- Favoriserait la participation à des activités de développement/communautaires (exemples : fréquenter l'église, faire du bénévolat, participer à des activités communautaires, etc.).

Information du professionnel de la santé

Pour vous contacter au sujet de vos recommandations pour des modifications, des adaptations et des dispositifs

Catégorie de l'organisme de réglementation de la santé du Manitoba	
Nom de la clinique:	
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville et code postal :	
Téléphone :	
Courriel :	
Signature :	Date :