

# Formulaire de demandes d'application pour le Principe de Jordan

Date d'aujourd'hui (MM/JJ/AAAA)

P-805-16-1-7

## 1.0 Origine de la demande

La demande était-elle pour un programme existant de Santé Canada (SC) ou d'Affaires autochtones et du Nord Canadien (AANC)?

Oui

Non

La demande a-t-elle été reçue du Programme des services de santé non assurés (SSNA)?

Oui

Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro PA/PD/SA/AT du SSNA (le cas échéant):

Si non, est-ce que la demande a été reçue de (cochez tout ce qui s'applique) :

Parent, gardien, membre de la famille, enfant

Organisation de coordination des services régionaux

Travailleur communautaire

École

Professionnel de la santé

Organisme d'aide à l'enfance et à la famille

Autorité sanitaire régionale

Navigateur des SSNA

Autre

## 2.0 Renseignements démographiques du client

Numéro de cas unique attribué (p. ex. HC-AB-0001)

Numéro de suivi unique attribué au client (p. ex. 0001)

Prénom de l'enfant

Nom de famille de l'enfant

Date de naissance de l'enfant (MM/JJ/AAAA)

Sexe de l'enfant

Masculin

Féminin

Communauté de résidence – ALBERTA

Communauté de résidence – COLOMBIE -BRITANNIQUE

Communauté de résidence – MANITOBA

Communauté de résidence – ATLANTIQUE

Communauté de résidence – ONTARIO

Communauté de résidence – QUÉBEC

Communauté de résidence – SASKATCHEWAN

Communauté de résidence – YUKON

Adresse où l'enfant réside actuellement (adresse complète avec le code postal):

## 3.0 Renseignements du client

### 3.1 Âge

La demande est-elle présentée au nom d'un enfant (tel que le définit la province ou le territoire de résidence)?

Oui

Non

Si la demande n'est pas pour un enfant (tel que le définit la province ou le territoire de résidence), veuillez fournir des détails:

## 3.2 Statut

L'enfant est-il un Indien inscrit selon le système d'inscription des indiens (SII) d'AANC?

Oui Non En attente

Si non, la mère est-elle une indienne inscrite selon le système d'inscription des indiens d'AANC?

Oui  
Non

Prénom de la mère Nom de famille de la mère

Si non, le père est-il un Indien inscrit selon le système d'inscription des indiens d'AANC?

Oui  
Non

Prénom du père Nom de famille du père

## 3.3 Raison d'Application/Besoins

Est-ce qu'une évaluation a été complétée par un professionnel de la santé, de l'éducation ou des services sociaux?

Oui  
Non

Si non, a-t-on demandé une évaluation?

Oui  
Non

Quel est la raison pour cette demande (p.ex. besoins sous-jacents)?

---

## 4.0 Historique de la demande

Cette demande a-t-elle déjà été étudié parmi les programmes suivants? Si oui, lesquels? (cochez tout ce qui s'applique)

- Services de santé non assurés (SSNA, Santé Canada)
- Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et Inuits (Santé Canada)
- Développement sain des enfants (Santé Canada)
- Soins de santé primaires (Santé Canada)
- Bien-être mental (Santé Canada)
- Capitale et Infrastructure (Santé Canada)
- Services à l'enfance et à la famille (AANC)
- Programme d'éducation spéciale à coûts élevés (AANC)
- Programme d'aide à la vie autonome (AANC)
- Aide au revenu (AANC)
- Capitale et Infrastructure (AANC)
- Autre

Les services étaient-ils accessibles?

Oui  
Oui, mais insuffisants  
Non

Si les services étaient insuffisamment couverts, veuillez fournir des explications (cochez tout ce qui s'applique) :

- Manque de fonds
- Écarts entre les différentes autorités
- Produits/services exclus par un programme existants de SC/AANC
- Autre

---

## 5.0 Demande actuelle de services

Veuillez fournir une brève description de la ou des demandes actuelles :

Date de la demande initiale (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Professionnels du service qui présente la recommandation (cochez tout ce qui s'applique) :

- |                                                                     |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audiologiste                               | <input type="checkbox"/> Chiropraticien                                    |
| <input type="checkbox"/> Infirmière clinicienne spécialisée         | <input type="checkbox"/> Dentiste                                          |
| <input type="checkbox"/> Diététiste ou nutritionniste               | <input type="checkbox"/> Spécialiste en développement de la petite enfance |
| <input type="checkbox"/> Agent d'hygiène de l'environnement         | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé mentale                 |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme                                 | <input type="checkbox"/> Naturopathe                                       |
| <input type="checkbox"/> Infirmière en santé communautaire          | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien                               |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                             | <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste                                   |
| <input type="checkbox"/> Optométriste                               | <input type="checkbox"/> Orthésiste                                        |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien                                 | <input type="checkbox"/> Physicien                                         |
| <input type="checkbox"/> Physiologue                                | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute                                  |
| <input type="checkbox"/> Prothésiste                                | <input type="checkbox"/> Psychiatre                                        |
| <input type="checkbox"/> Psychologue                                | <input type="checkbox"/> Travailleur social                                |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste                              | <input type="checkbox"/> Chirurgien                                        |
| <input type="checkbox"/> Enseignant ou professionnel de l'éducation | <input type="checkbox"/> Guérisseur traditionnel                           |
| <input type="checkbox"/> Autre                                      |                                                                            |

## 5.1 Renseignements sur les produits/services

Saisir les renseignements pour tous les services ou produits recommandés

---

### Produit ou service 1

Description du produit ou du service :

Fréquence et durée du service ou du produit (le cas échéant) :

Le coût total estimé du produit ou du service pour l'exercice financier en cours :

Ce produit ou ce service sera-t-il utilisé par plus d'un enfant? (p. ex. une fourgonnette utilisée pour le transport de plusieurs enfants)

- Oui
- Non

Si nécessaire, veuillez expliquer davantage. Remarque : Un formulaire d'évaluation de demande pour le Principe de Jordan complété est obligatoire pour chaque enfant admissible qui utilisera le produit ou le service.

Ce produit ou ce service respecte-t-il les normes de la province ou du territoire?

- Oui
- Non

Si non, expliquez pourquoi le service ou le produit est encore pris en considération même s'il ne respecte pas les normes de la province ou du territoire :

Est-ce que le financement de ce produit ou service a été approuvé?

Justification:

Oui, approuvé

Non, refusé

Si approuvé, indiquer la date où le paiement ou financement a été approuvé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si approuvé, indiquer la date où le produit ou le service a été reçu (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si refusé, indiquer la date où le client en a été informé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

---

## Produit ou service 2

Description du produit ou du service :

Fréquence et durée du service ou du produit (le cas échéant) :

Le coût total estimé du produit ou du service pour l'exercice financier en cours :

Ce produit ou ce service sera-t-il utilisé par plus d'un enfant? (p. ex. une fourgonnette utilisée pour le transport de plusieurs enfants)

Oui

Non

Si nécessaire, veuillez expliquer davantage. Remarque : Un formulaire d'évaluation de demande pour le Principe de Jordan complété est obligatoire pour chaque enfant admissible qui utilisera le produit ou le service.

Ce produit ou ce service respecte-t-il les normes de la province ou du territoire?

Oui

Non

Si non, expliquez pourquoi le service ou le produit est encore pris en considération même s'il ne respecte pas les normes de la province ou du territoire :

Est-ce que le financement de ce produit ou service a été approuvé?

Justification:

Oui, approuvé

Non, refusé

Si approuvé, indiquer la date où le paiement ou financement a été approuvé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si approuvé, indiquer la date où le produit ou le service a été reçu (MM/JJ/AAAA) :

Heure(HH:SS)

Si refusé, indiquer la date où le client en a été informé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

---

## Produit ou service 3

Description du produit ou du service :

Fréquence et durée du service ou du produit (le cas échéant) :

Le coût total estimé du produit ou du service pour l'exercice financier en cours :

Ce produit ou ce service sera-t-il utilisé par plus d'un enfant? (p. ex. une fourgonnette utilisée pour le transport de plusieurs enfants)

- Oui
- Non

Si nécessaire, veuillez expliquer davantage. Remarque : Un formulaire d'évaluation de demande pour le Principe de Jordan complété est obligatoire pour chaque enfant admissible qui utilisera le produit ou le service.

Ce produit ou ce service respecte-t-il les normes de la province ou du territoire?

- Oui
- Non

Si non, expliquez pourquoi le service ou le produit est encore pris en considération même s'il ne respecte pas les normes de la province ou du territoire :

Est-ce que le financement de ce produit ou service a été approuvé?

Justification:

- Oui, approuvé
- Non, refusé

Si approuvé, indiquer la date où le paiement ou financement a été approuvé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si approuvé, indiquer la date où le produit ou le service a été reçu (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si refusé, indiquer la date où le client en a été informé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

---

## Produit ou service 4

Description du produit ou du service :

Fréquence et durée du service ou du produit (le cas échéant) :

Le coût total estimé du produit ou du service pour l'exercice financier en cours :

Ce produit ou ce service sera-t-il utilisé par plus d'un enfant? (p. ex. une fourgonnette utilisée pour le transport de plusieurs enfants)

- Oui
- Non

Si nécessaire, veuillez expliquer davantage. Remarque : Un formulaire d'évaluation de demande pour le Principe de Jordan complété est obligatoire pour chaque enfant admissible qui utilisera le produit ou le service.

Ce produit ou ce service respecte-t-il les normes de la province ou du territoire?

- Oui
- Non

Si non, expliquez pourquoi le service ou le produit est encore pris en considération même s'il ne respecte pas les normes de la province ou du territoire :

Est-ce que le financement de ce produit ou service a été approuvé?

Justification:

Oui, approuvé

Non, refusé

Si approuvé, indiquer la date où le paiement ou financement a été approuvé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si approuvé, indiquer la date où le produit ou le service a été reçu (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si refusé, indiquer la date où le client en a été informé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

---

## Produit ou service 5

Description du produit ou du service :

Fréquence et durée du service ou du produit (le cas échéant) :

Le coût total estimé du produit ou du service pour l'exercice financier en cours :

Ce produit ou ce service sera-t-il utilisé par plus d'un enfant? (p. ex. une fourgonnette utilisée pour le transport de plusieurs enfants)

Oui

Non

Si nécessaire, veuillez expliquer davantage. Remarque : Un formulaire d'évaluation de demande pour le Principe de Jordan complété est obligatoire pour chaque enfant admissible qui utilisera le produit ou le service.

Ce produit ou ce service respecte-t-il les normes de la province ou du territoire?

Oui

Non

Si non, expliquez pourquoi le service ou le produit est encore pris en considération même s'il ne respecte pas les normes de la province ou du territoire :

Est-ce que le financement de ce produit ou service a été approuvé?

Justification:

Oui, approuvé

Non, refusé

Si approuvé, indiquer la date où le paiement ou financement a été approuvé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si approuvé, indiquer la date où le produit ou le service a été reçu (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

Si refusé, indiquer la date où le client en a été informé (MM/JJ/AAAA) :

Heure (HH:SS)

---

---

## 6.0 Paiement

Payable :

au client

à titre d'approvisionnement direct au fournisseur de services ou au distributeur de produits

à l'organisation de coordination des services

à la communauté, à la bande ou au conseil tribal

Autre

Le paiement a-t-il été fait par l'intermédiaire des fonds de fonctionnement et entretien (F et E) ou de subvention et de contribution (S et C)?

F et E

S et C

Une combinaison de F et E et de S et C, veuillez expliquer:

Coût total final

Numéro de facture, le cas échéant

Ordonnance ou recommandation au dossier du client?

Oui

Non

---

7.0 Remarques : Fournissez tout autre détail pertinent à la demande