

Confidentiel une fois rempli

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE UNITÉ DE
RELÈVE SANS SERVICES DE SOUTIEN**

NOM _____
(nom de famille) (prénom)

ADRESSE _____
(rue et numéro) (app.)

(ville) (province) (code postal)

TÉLÉPHONE _____
(domicile) (bureau)

DATE DE NAISSANCE _____
(jj/mm/aa)

ÂGE _____ FEMME _____ HOMME _____

NUMÉRO DE CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO _____

PERSONNE QU'IL FAUT APPELER EN CAS D'URGENCE

Nom _____

Lien avec vous _____

Adresse _____

Téléphone (jour) _____ (soirée) _____

1. SERVICES DE RELÈVE DEMANDÉS :

Du : _____ au _____
(jj/mm/aa) (jj/mm/aa)

Heure approximative d'arrivée : _____

Heure approximative de départ : _____

2. RAISONS POUR LESQUELLES VOUS DEMANDEZ DES SERVICES DE RELÈVE :

DÉCLARATION

Je certifie que l'information fournie dans cette demande est exacte et complète. Je suis d'accord que je n'ai pas besoin de services d'auxiliaires et de soutien pendant mon séjour dans l'unité de relève.

DATE

DEMANDEUR

TÉMOIN

Retournez ce formulaire, une fois rempli, à :

The In Community
1150, promenade Morrison, bureau 110 Ottawa (Ontario) K2H 8S9
Téléphone: (613) 724-5886 Télécopieur: (613) 724-5889
www.theincommunity.ca