

Société Alzheimer Society

NEW BRUNSWICK / NOUVEAU-BRUNSWICK

Formulaire de recommandation C-SIRSE! pour les familles et amis aidants

Critères d'admissibilité des clients :

Veillez choisir tous ceux qui appliquent.

Cette personne :

- S'occupe d'une adulte atteinte d'un trouble neurocognitif dans un rôle non rémunéré.
- A une compréhension de base des troubles cognitifs et de leurs symptômes.
- Peut assister à un atelier complet, qui sera offert en deux séances de 3,5 heures ou en une séance de 7 heures. Des ateliers virtuels et en personne seront offerts.
 - Veuillez noter que la SANB peut couvrir les frais de répit, jusqu'à 160 \$, pour ceux qui ont besoin d'organiser des soins alternatifs pour la personne atteinte d'un trouble neurocognitif pendant qu'elle participe à l'atelier.
 - Veuillez décrire tous les obstacles potentiels à la participation (la mobilité, le travail, le transport, les charges familiales, etc.) :
- A accès à un ordinateur personnel ou à une tablette, à une connexion Internet stable, à un microphone fonctionnel, et à un endroit privé/calme (pour les ateliers virtuels).
 - Sinon, veuillez préciser :
- Est prêt à fournir des commentaires sur son expérience de formation (optionnel, mais fortement encouragés).

Renseignements du client :

Membre de la famille ou proche aidant(e)	Personne atteinte d'un trouble neurocognitif
Nom :	Nom :
Relation :	Diagnostic :
	Date du diagnostic :
Municipalité :	Municipalité :
Genre :	Genre :
Habitez-vous avec la personne atteinte d'un trouble neurocognitif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	Année de naissance :

Société Alzheimer Society

NEW BRUNSWICK / NOUVEAU-BRUNSWICK

Coordonnées :

Méthode préférée : courriel téléphone

Langue préférée : français anglais

Courriel :

Téléphone :

Pour les communications téléphoniques :

Meilleur temps à appeler ? matin après-midi

Permission pour laisser un message ? oui non

Le membre de la ou le membre famille ou proche aidant(e)s aimerait-il en savoir plus sur les autres programmes et services offerts par la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick?

Oui Non

Remarques :

Référence faite par :

Organisme :

Numéro de téléphone et/ou courriel de référent :

Déclaration de consentement:

Cette déclaration peut être signée au nom du client référent/de la cliente référent par le partenaire de référence avec leur consentement verbal.

En signant ci-dessous, j'autorise la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick à :

- a) me contacter pour partager des informations sur le programme C-SIRSE! et les autres programmes et soutiens qui pourraient être utiles à moi et à ma famille, et
- b) dire à la personne qui me recommande à la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick si j'ai été contacté ou non.

Signature :

Date :

Pour soumettre votre formulaire de référence, veuillez envoyer votre formulaire complété à notre coordonnatrice du projet C-SIRSE!^{MD}, Isabelle Boulay, par courriel ou par poste à :

iboulay@alzheimernb.ca

ou

Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick

Attn à : Isabelle Boulay

1070, Boulevard St-Georges, Unité 2B, Moncton, NB E1E 4K7

Merci pour votre recommandation et pour votre contribution à la promotion de cette opportunité de formation.