

---

## **FORMULAIRE DE DEMANDE DU PROGRAMME DES SERVICES PERSONNELS**

Les Timbres de Pâques du Nouveau-Brunswick (TPNB) sont une organisation charitable, à but non-lucratif, qui offre ses services aux enfants et aux adultes handicapés. Les TPNB offrent des prêts à long terme d'équipement pour la réadaptation de la mobilité tel que recommandé par un thérapeute. Le Programme PSP a été établi pour offrir ces services aux personnes dans la province du Nouveau-Brunswick qui ne sont pas en mesure de louer ou d'acheter l'équipement, qui n'ont pas d'assurance maladie ou de carte de santé ou qui ne trouvent aucune autre agence pouvant leur offrir ces services.

Les TPNB peuvent fournir une aide financière pour les frais de déplacement et de logement afin de permettre aux clients des TPNB de se rendre à des rendez-vous médicaux. Les TPNB peuvent aussi contribuer à financer des articles comme les chaussures orthopédiques, les ordinateurs ou les aides techniques.

**La majorité du financement des TPNB vient de donateurs privés et de clubs de service. Les TPNB ont la responsabilité de distribuer leurs dons le plus judicieusement possible. Pour ce faire, les TPNB vous demandent de bien vouloir remplir les formulaires exigés par les services que vous demandez. Les TPNB feront de leur mieux pour vous fournir ces services.**

La SECTION I - Identifie le demandeur - **Doit accompagner toute requête + Les sections traitant des services dont vous avez besoin**

La SECTION II - Recommandation d'un professionnel

La SECTION III - Besoins de déplacement ou orthèses - **Veillez fournir tous les reçus pour fins de remboursement**

La SECTION IV - Spécifications de fauteuil roulant - **S'il y a une demande pour un fauteuil roulant**

La demande doit être envoyée à:

**Timbres de Pâques du Nouveau-Brunswick  
Programme des services personnels  
65, rue Brunswick Street  
Fredericton, N.-B.  
E3B 1G5  
E-mail: PSPLoans@easterseals.nb.ca  
FAX #: 1-506-457-2863**

Veillez conserver une copie de la demande ainsi que cette feuille de renseignements pour vos dossiers.

## SECTION I – Renseignements sur le demandeur

Nom du demandeur: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

Mon handicap nuit à mon fonctionnement dans les domaines suivants:

Communication \_\_\_\_\_ Soins autonomes \_\_\_\_\_ Ouïe \_\_\_\_\_  
Mobilité \_\_\_\_\_ Alimentation \_\_\_\_\_ Thérapie essentielle au maintien de la vie \_\_\_\_\_  
Transferts \_\_\_\_\_ Vision \_\_\_\_\_ Perte d'un membre \_\_\_\_\_  
Autres \_\_\_\_\_

Proches parents/Relation: \_\_\_\_\_ Téléphone # : \_\_\_\_\_

Si le demandeur est un enfant, est-il inscrit comme enfant à *besoins spéciaux* avec le Département de développement social? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Le demandeur a-t-il une carte de santé? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Le demandeur a-t-il / la famille a-t-elle une assurance médicale ou de santé? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Si oui, le nom de la compagnie: \_\_\_\_\_

Le demandeur est-il inscrit avec une organisation vouée aux personnes ayant son handicap (*par ex. la Société du Cancer, la SLA, l'Association de la dystrophie musculaire, la Fondation des maladies du coeur, la Société de la sclérose en plaques*):  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, le nom de l'organisation: \_\_\_\_\_

Le demandeur a-t-il reçu de l'aide d'une autre agence concernant cette demande? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez en donner les détails: \_\_\_\_\_

**Les TPNB n'exigent aucun frais pour leur service. Cependant, les coûts pour la remise en état et l'expédition de l'équipement peuvent être considérables, et les TPNB dépendent largement des dons. Si vous êtes en mesure de faire un don pour aider les TPNB à offrir ces importants services, nous pouvons vous fournir un reçu fiscal pour tous les dons de \$20.00 ou plus.**

Moi, \_\_\_\_\_, le demandeur, je donne ma permission de partager mes renseignements personnels avec une autre agence mais uniquement s'ils portent sur le traitement de ma demande.

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

**CETTE SECTION DOIT ACCOMPAGNER TOUTES LES DEMANDES**



65, rue Brunswick Street, Fredericton, N.-B., E3B 1G5

Tel: 506-458-8739  
Fax: 506-457-2863  
E-mail: PSPLoans@easterseals.nb.ca  
Web: www.easterseals.nb.ca

**SECTION II – Recommandation d’un Professionnel**

Nom du client: \_\_\_\_\_ Numéro d’Assurance-maladie: \_\_\_\_\_

**ÉQUIPEMENT DE MOBILITÉ:** (indiquez la grandeur et/ou les dimensions ou donnez une description de l’équipement; si vous faites une demande de fauteuil roulant, un formulaire de Spécifications de fauteuil roulant doit accompagner votre demande afin que cette demande puisse être traitée)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

**À QUELLE ADRESSE GÉOGRAPHIQUE L’ÉQUIPEMENT DOIT-IL ÊTRE EXPÉDIÉ :**

**À L’ATTENTION DE QUI, \_\_\_\_\_**

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**(LES TPNB ONT BESOIN D’UNE ADRESSE GÉOGRAPHIQUE; LES BOÎTES POSTALES NE SONT PAS ACCEPTABLES POUR EXPÉDIER L’ÉQUIPEMENT)**

Professionnel de la santé: \_\_\_\_\_  
Veuillez imprimer votre nom et ajouter votre profession **VIP E-MAIL POUR RÉPONSES DES TPNB**

Rue	Ville	Code postal	Numéro de Téléphone
-----	-------	-------------	---------------------



65, rue Brunswick Street, Fredericton, N.-B., E3B 1G5

Tel: 506-458-8739  
Fax: 506-457-2863  
E-mail: PSPLoans@easterseals.nb.ca  
Web: [www.easterseals.nb.ca](http://www.easterseals.nb.ca)

## SECTION III – FINANCEMENT, DÉPLACEMENT, ORTHOTHÈSES ET AUTRES DEMANDES

Nom du client: \_\_\_\_\_ Numéro d'Assurance-maladie: \_\_\_\_\_

### 1) DÉPLACEMENT:

Raison pour le déplacement: \_\_\_\_\_

Nom du Professionnel de la santé: \_\_\_\_\_

Date du déplacement: Date du départ vers: \_\_\_\_\_ Date du retour de: \_\_\_\_\_

Les types de dépenses pour lesquels vous aurez besoin d'aide :

- DÉPLACEMENT
- REPAS
- LOGEMENT
- AUTRES

Veillez conserver tous vos reçus afin de les soumettre aux TPNB pour les remboursements que vous exigerez.

### 2) CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES, ORTHÈSES OU PROTHÈSES / CHAUSSURES AVEC ÉLÉVATIONS:

**Toutes les demandes doivent être accompagnées d'une demande de prix d'un fournisseur qualifié.**

Prescrit par: \_\_\_\_\_

Nom du fournisseur et personne de contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Numéro de tél: \_\_\_\_\_

**SECTION IV – WHEELCHAIR SPECIFICATIONS / SPÉCIFICATIONS DE FAUTEUIL ROULANT**

Client Name / Nom du client:	Medicare # D'assurance-maladie
	ID # (healthcard) / Numéro d'identification (carte de santé):
Chair size/Taille de la chaise:	Seat width/Largeur du siège:
	Seat depth/Profondeur du siège:
	Seat to floor height/Hauteur siege-sol: WITH cushion / AVEC coussin <input type="checkbox"/> WITHOUT cushion / SANS coussin <input type="checkbox"/>
	Leg length/Longueur de la jambe:
Back / Dos:	Style / Modèle:
	Height / Hauteur:
Arms / Bras:	Style / Modèle:
	Height / Hauteur:
Frame style / Modèle du cadre	
Drive / Commande:	
Front rigging / Repose-pied	
Wheels / Roues:	Castors/Roulettes:
	Rear / Arrière:
Wheel locks / Blocages de roues:	Tires / Pneus:
	Handrims / Mains courantes:
	Type of cushion / Genre de coussin <input type="checkbox"/>
Cushion / Coussin:	
Accessories / Accessoires:	

**OTHER INFORMATION / AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Therapist Name and E-Mail / Nom du Thérapeute et Courier Electronique:	
Telephone / Téléphone:	Date: