

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE - ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Nom du client: _____

Date de naissance: _____

Motif de la demande:

- ☐ Absence de réseau naturel (famille, amis)
- ☐ Le maintien à domicile de la personne peut être compromis en l'absence du support du Centre d'action bénévole
- ☐ Autre: _____

Profil du client:

- ☐ Personne âgée de 65 ans et plus
- ☐ Profil gériatrique

Lieu(x) du besoin d'accompagnement:

- ☐ Bureau de poste
- ☐ Pharmacie
- ☐ Institutions financières (banques, caisses...)
- ☐ Épicerie (Super C ou IGA)

Je confirme avoir pris connaissance des informations suivantes:

- ☐ Le service s'offre aux deux semaines pour un maximum de **deux** endroits visités, pour une durée maximale d'**une heure**.
- ☐ Le tarif est fixé en fonction du **nombre de kilomètres** parcourus selon la politique d'accompagnement en vigueur du Centre d'action bénévole.
- ☐ Le Centre d'action bénévole se réserve le droit de modifier les éléments de cette politique en tout temps

☐ Je confirme être un(e) professionnel(elle) du réseau de la santé.

Signature