

Directives pour remplir le formulaire de demande CAL

Comment demander la CAL ?

Vous devez remplir la demande complète qui comprend :

- Votre formulaire rempli
- Votre preuve d'admissibilité ou la **section E** du formulaire signé par un intervenant de la santé ou des services sociaux
- Votre photo

Quelle preuve d'admissibilité dois-je envoyer ?

Vous devez envoyer **une seule preuve** d'admissibilité parmi celles qui sont acceptées :

1. Si vous demandez la CAL **pour un enfant de 5 à 18 ans** :
 - Avis de l'allocation canadienne pour enfants incluant la prestation pour enfant handicapé – PEH (Agence du Revenu du Canada)
2. Si vous demandez la CAL pour un adulte :
 - Crédit d'impôt pour personne handicapée (Agence du Revenu du Canada)
 - Certificat du Régime enregistré d'épargne invalidité
 - La carte d'identité INCA valide

Les documents gouvernementaux fournis en preuve d'admissibilité doivent contenir :

- Le nom du demandeur
- La date du document
- La phrase affirmant clairement l'accès au programme

Les parties A à C doivent être remplies.

Quoi faire si je n'ai pas de preuve d'admissibilité ?

Si vous êtes une personne handicapée et que vous n'avez aucune des preuves acceptées, vous pouvez demander la CAL avec la validation d'un intervenant de la santé et des services sociaux. Vous devrez faire remplir les **sections D et E** du formulaire.

1. Faites signer la section D et E (page 4) par un intervenant de la santé et des services sociaux parmi ceux-ci :
 - Audiographe
 - Criminologue
 - Éducateur spécialisé ou technicien en éducation spécialisée
 - Ergothérapeute
 - Infirmier
 - Inhalothérapeute
 - Médecin généraliste (omnipraticien)
 - Médecin spécialiste (cardiologue, pneumologue, neurologue, psychiatre, ophtalmologue, rhumatologue, etc.)
 - Optométriste
 - Orthophoniste
 - Physiothérapeute
 - Psychoéducateur
 - Psychologue
 - Spécialiste en réadaptation en déficience intellectuelle
 - Spécialiste en orientation et mobilité
 - Travailleur social ou technicien en travail social
 - Thérapeute en réadaptation physique
2. Remplissez le formulaire en ligne et joignez la section E à l'endroit prévu ou envoyez le tout par courriel ou la poste.

Quelle photo dois-je envoyer ?

Vous devez envoyer une photo de votre visage. Elle sera imprimée sur votre carte pour vous identifier.

La photo doit respecter les critères suivants :

- L'extension du document informatique (ou format) de la photo doit être en JPG, si vous l'envoyez par courriel ou la joignez à votre demande en ligne dans le site Web.
- La photo peut être prise avec un cellulaire.
- La photo doit avoir été prise au cours des 6 derniers mois.
- La photo peut être en noir et blanc ou en couleur. Elle doit être claire :
 - Votre visage doit être dégagé, sans reflet dans les lunettes, sans chapeau et sans ombre.

Où envoyer ma demande ?

Par courriel à l'adresse : cal@aqlph.qc.ca veuillez joindre :

- Votre formulaire en un seul fichier sous format « PDF »
- Votre preuve d'admissibilité sous format « PDF » ou les **sections D et E** (page 4)
- Votre photo sous format « JPG »

Ou

Par la poste à l'adresse :

AQLPH - CAL
25, rue des Forges, bureau 320
Trois-Rivières (Québec) G9A 6A7

Veuillez joindre à votre envoi postal :

- Votre formulaire rempli
- Votre preuve d'admissibilité ou la **section E** (page 4)
- Votre photo (nom et prénom au dos)

Formulaire de demande pour la carte accompagnement loisir (CAL)

Ne pas oublier de joindre au formulaire :

- Photo du demandeur (visage dégagé, visible)
- Preuve d'admissibilité OU section E signé par un intervenant de la liste

A Renseignements sur le demandeur – section à remplir par tous			
Prénom		Nom	
Numéro	Rue		App.
Ville		Province	Code postal
Région administrative			
Téléphone domicile		Téléphone bureau	Téléphone cellulaire
Genre : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre			
Adresse courriel			
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
J'ai besoin d'accompagnement pour :			
<input type="checkbox"/> Communiquer avec les autres		<input type="checkbox"/> M'alimenter	
<input type="checkbox"/> Faire l'activité de façon sécuritaire		<input type="checkbox"/> Me déplacer	
<input type="checkbox"/> M'aider pour mes besoins personnels		<input type="checkbox"/> M'orienter	

S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant vos besoins d'accompagnement :

B Coordonnées du représentant du demandeur (s'il y a lieu)

Prénom	Nom	
Téléphone domicile	Téléphone bureau	Téléphone cellulaire
Adresse courriel		
Lien avec la personne handicapée		
<input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Conjoint/conjointe <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :		

C Engagement et signature de la personne demandant la carte à remplir par tous

Si j'obtiens la Carte accompagnement loisir, je m'engage à :

- Présenter la carte auprès des organismes partenaires qui la reconnaissent;
- Choisir une personne capable d'agir à titre d'accompagnateur et de répondre à mes besoins pour un déroulement adéquat et sécuritaire de l'activité;
- Informer l'équipe de la CAL de tout changement de coordonnées, perte, vol ou bris de la carte;
- Respecter l'interdiction de prêt de la carte à une autre personne.

Je certifie que les renseignements que j'ai donnés pour déterminer mon admissibilité à la carte sont véridiques.

Signature de la personne demandant la carte ou son représentant

Date (AAAA-MM-JJ)

La section D doit être remplie par les personnes n'ayant pas de preuve d'admissibilité

D	Autorisation de divulgation de renseignements personnels pour une vérification auprès d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux
J'autorise l'intervenant de la santé, dont le nom apparaît plus bas, à confirmer l'information fournie à la section A aux seules fins d'avoir accès à la CAL.	
Prénom de l'intervenant de la santé	Nom de l'intervenant de la santé
Prénom du demandeur	Nom du demandeur
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Signature de la personne demandant la carte ou son représentant	
Date (AAAA-MM-JJ)	

Consulter la liste des intervenants autorisés à signer votre formulaire dans le document « Directives ».

Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature.

La section E doit être remplie par l'intervenant de la santé

E Attestation par un intervenant de la santé ou des services sociaux

Selon les informations dont je dispose, j'atteste que le demandeur, dont le nom apparaît plus bas, a besoin d'accompagnement pour les raisons suivantes :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Communiquer avec les autres | <input type="checkbox"/> S'alimenter |
| <input type="checkbox"/> Faire l'activité de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Se déplacer |
| <input type="checkbox"/> Être aider pour ses besoins personnels | <input type="checkbox"/> S'orienter |

Considérant que la CAL est à renouveler au 5 ans, est-ce que le demandeur aura encore les mêmes besoins d'accompagnement dans 5 ans ?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> À valider | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|

S'il y a lieu, indiquez toute autre information pertinente concernant les besoins d'accompagnement :

Prénom du demandeur

Nom du demandeur

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Prénom de l'intervenant de la santé

Nom de l'intervenant de la santé

Nom de l'établissement

Numéro

Rue

Bureau

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Adresse courriel

Signature du professionnel

Date (AAAA-MM-JJ)

Profession

No permis d'exercice

Section facultative

Cette section du formulaire est facultative. Cette information restera confidentielle et sera utilisée seulement pour une meilleure compréhension des profils des utilisateurs, afin de vous offrir de meilleurs services.

Veuillez identifier **votre handicap principal** en cochant la case appropriée :

- Déficience auditive
- Déficience de langage (aphasie, dysphasie)
- Déficience intellectuelle
- Déficience motrice/physique
- Déficience visuelle
- Trouble du spectre de l'autisme
- Autre :

Protection des renseignements personnels – information pour tous

Les renseignements personnels recueillis sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seul le personnel concerné au sein de l'équipe de la CAL peut y accéder.

La CAL est émise par l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées (AQLPH), avec le soutien des instances régionales responsables du loisir des personnes handicapées et la participation financière du gouvernement du Québec.