

FORMULAIRE D'APPLICATION PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT D'UN CHIEN D'ASSISTANCE

Veillez noter que l'analyse de votre demande d'admission débute uniquement lorsque votre dossier est complet, soit :

- Une prescription médicale valide
- Les trois formulaires dûment remplis (formulaire d'application, formulaire médical et formulaire vétérinaire)
- Le paiement des frais d'analyse de dossier. (La facture vous sera acheminée lorsque nous prendrons connaissance de la réception de vos formulaires.)

Une fois le tout reçu, nous vous contacterons par courriel afin de fixer une première rencontre, par téléphone ou en vidéoconférence selon votre préférence.

Cette rencontre vise à évaluer vos besoins liés à l'entraînement et à l'assistance d'un chien, à court, moyen et long terme. À la suite de cette rencontre, vous recevrez une réponse par courriel confirmant l'acceptation ou le refus de votre candidature.

PARTIE 1 INFORMATIONS GÉNÉRALES

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

*Les informations utilisées dans ce formulaire doivent être les mêmes que sur vos documents d'identification gouvernementaux.

Si le demandeur est âgé de moins de 18 ans, le formulaire doit obligatoirement être rempli par le parent ou le tuteur légal

Prénom	
Nom	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
Adresse complète (N° et rue, ville, province, code postal)	
Numéro de téléphone	
Adresse courriel	

Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu est strictement réservé à l'usage exclusif de Bienfaits Canins dans le cadre de l'analyse et du suivi du dossier du demandeur. Toute reproduction, diffusion ou utilisation non autorisée est strictement interdite.

Avez-vous actuellement un dossier actif auprès de l'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser votre numéro de dossier : _____

Disposez-vous d'une autorisation de l'IVAC pour recevoir une aide financière liée à l'entraînement de votre chien d'assistance ?

Oui Non

IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL

Important : Pour tout bénéficiaire d'un chien d'assistance âgé de 18 ans et moins, le chien d'assistance reste en tout temps sous la responsabilité entière du parent ou tuteur légal. Celui-ci s'engage à assurer la prise en charge, l'entraînement, la gestion et le bien-être de l'animal conformément aux engagements du programme Bienfaits Canins.

Prénom	
Nom	
Lien avec le demandeur	
Adresse complète (N° et rue, ville, province, code postal)	
Numéro de téléphone	
Adresse courriel	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESSOURCE / DU CONTACT D'URGENCE :

Bienfaits Canins demande qu'une personne ressource / un contact d'urgence soit désignée pour vous accompagner tout au long du processus d'entraînement de votre chien d'assistance. Cette personne s'engage à vous soutenir de différentes manières, notamment en vous offrant du répit, en participant à l'éducation de votre chien au besoin, en vous accompagnant aux cours et aux sorties de pratique au besoin, et en vous apportant un soutien continu. Elle accepte également de prendre en charge temporairement votre chien d'assistance si une situation d'urgence survient, ou autre.

Prénom	
Nom	



Adresse complète (N° et rue, ville, province, code postal)	
Numéro de téléphone	
Adresse courriel	

En cas d'impossibilité de votre part à prendre en charge votre chien d'assistance (en formation ou certifié) pour une période indéterminée, cette personne est-elle disponible pour en assurer temporairement la responsabilité en lui offrant un milieu de vie temporaire et en poursuivant la mise en place des protocoles éducatifs de votre chien ?

- Oui, cette personne accepte
 Non, cette personne refuse

**Si vous avez répondu non à la question précédente, vous devez nous fournir les informations d'une personne ressource qui accepte. Le cas échéant, nous ne pouvons poursuivre le processus.*

INFORMATIONS SUR L'ENVIRONNEMENT DE VIE DU DEMANDEUR

<u>Vous vivez :</u>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En collocation <input type="checkbox"/> Avec votre conjoint(e) <input type="checkbox"/> Avec votre famille (Parents, fratrie)	<input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) et enfant(s) <input type="checkbox"/> Avec enfant(s) seulement <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Veuillez préciser le nom, l'âge, le lien de la personne ainsi que s'il/elle est allergique aux animaux :	Nom	Âge	Lien avec vous	Allergie aux animaux ?
<u>Vous vivez :</u>	<input type="checkbox"/> En maison <input type="checkbox"/> En condo	<input type="checkbox"/> En appartement <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<u>Vous êtes :</u>	<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Autre : _____		

Disposez-vous d'une autorisation de la part du propriétaire de votre résidence pour permettre la présence du chien de compagnie ? *

Avant l'obtention de l'accès public (c'est-à-dire avant que le chien ait atteint un âge minimal de 10 mois et qu'il ait réussi l'évaluation d'accès public), aucun document ne sera fourni pour confirmer que le chien est en formation. Durant cette période, le chien est uniquement considéré comme étant « en apprentissage sans accès public ».

- Oui
 Non

** Au Québec, un chien est protégé par la loi uniquement lorsqu'il est certifié comme chien d'assistance. Par conséquent, un chien en formation, même s'il est accompagné de son bénéficiaire ou d'un entraîneur canin, peut se voir refuser l'accès à un lieu public ou à une résidence.*

SITUATION ACTUELLE ET OCCUPATIONS

Ces informations nous permettent de mieux évaluer votre capacité actuelle à intégrer l'entraînement d'un chien d'assistance dans votre routine quotidienne

<p>Vous êtes actuellement :</p>	<p><input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Travailleur(euse) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> En arrêt de travail (temporaire) * <input type="checkbox"/> En arrêt de travail (Invalidité) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Précisez : <hr/> <hr/></p> <p>*Un retour au travail est-il prévu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Votre statut d'occupation</p>	<p><input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Réintégration au travail</p>



Vos sorties

Cochez toutes les options qui s'appliquent et indiquez la fréquence approximative par semaine.

Type de sortie	Fréquence (par semaine)
<input type="checkbox"/> Travail	Fois / semaine
<input type="checkbox"/> École/études	Fois / semaine
<input type="checkbox"/> Courses, épicerie, commissions	Fois / semaine
<input type="checkbox"/> Rendez-vous médicaux	Fois / semaine
<input type="checkbox"/> Activités sociales	Fois / semaine
<input type="checkbox"/> Autre :	Fois / semaine

Accompagnement lors des sorties

Lors de vos différentes sorties, êtes-vous en mesure de vous déplacer seul(e) ou êtes-vous toujours accompagné(e) ?

Seul(e) Accompagné(e)

Déplacements

Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous pour vos déplacements ?

Voiture Transport en commun (autobus)
 Transport en commun (Métro) Autre : _____

PARTIE 2

HANDICAP, CONDITION MÉDICALE ET LIMITATIONS

Veuillez préciser la condition médicale ou le handicap pour lequel le chien d'assistance est demandé, les moyens thérapeutiques mis en place ainsi que les impacts concrets de cette condition sur votre quotidien

Veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent à votre situation actuelle et vous aident à gérer vos limitations :	Diagnostic établi depuis (MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	
<input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	

<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser ci-dessous) : _____	

Soutien thérapeutique et médical

Quels moyens avez-vous actuellement mis en place pour vous aider à gérer vos limitations liées à un trouble de santé mentale ou neurodéveloppemental ?

Veuillez noter qu'il est important d'avoir un historique d'un minimum de deux (2) ans de traitements médicaux ou thérapeutiques avant de compléter cette demande.

Ces critères visent à s'assurer que le chien d'assistance soit un complément approprié et bénéfique à votre démarche thérapeutique

Veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent à votre situation actuelle et vous aident à gérer vos limitations	Fréquence du suivi
Suivi régulier en santé mentale <i>Toute démarche de suivi auprès d'un professionnel en santé mentale (ex. : psychologue, psychiatre, travailleur social, psychothérapeute) pour aborder vos symptômes, vos besoins d'accompagnement, etc.</i>	<input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Autre :
Suivi régulier en santé globale <i>Tout suivi médical général lié à votre état de santé physique et mental (ex. : médecin de famille, spécialiste, infirmière praticienne), notamment pour gérer des conditions de santé chroniques ou aiguës.</i>	<input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel Autre :
Prise de médication <i>Tout médicament prescrit actuellement pour gérer vos symptômes de santé mentale, neurodéveloppementale ou physique (ex. : anxiolytiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, traitement pour douleur chronique, etc.).</i>	<input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel Autre :

Autre (veuillez préciser ci-dessous)
Vous pouvez indiquer ici tout autre soutien ou traitement pertinent non couvert ci-dessus (ex. : thérapie alternative, groupe de soutien, approches complémentaires).

- Quotidien
 Hebdomadaire
 Bimensuel
 Mensuel
 Annuel

Autre :

Informations de votre équipe traitante

Cette section nous permet de recueillir les informations nécessaires pour analyser votre dossier de façon complète et rigoureuse.

Merci d'indiquer les coordonnées des professionnels actuellement impliqués dans votre suivi

Nom du professionnel	Titre / Spécialité	Numéro de téléphone	Date du début du suivi (MM/AAA)

Autorisation de communication

Acceptez-vous que **Bienfaits Canins** communique avec votre équipe traitante afin de valider les informations fournies et d'évaluer votre admissibilité au programme ?

Oui Non

- Je consens à ce que Bienfaits Canins communique avec mon médecin, intervenant psychosocial, spécialiste ou tout autre professionnel concerné au besoin.

Signature du demandeur : _____ **Date :** _____



PARTIE 3

PORTRAIT BIOPSYCHOSOCIAL

Fonctionnement personnel et autonomie

Veillez évaluer l'impact de vos limitations pour chaque domaine suivant, en cochant le niveau approprié :

0 = Aucun impact | 1 = Faible impact | 2 = Impact modéré | 3 = Impact important

Domaine	0	1	2	3	Commentaires
Hygiène personnelle					
Alimentation et préparation des repas					
Entretien du domicile					
Capacité à gérer un horaire					
Respect des engagements					
Motivation à sortir du domicile					
Capacité à gérer les imprévus					
Organisation / Concentration					

Fonctionnement social

Avez-vous un réseau de soutien social (famille, amis, groupes de soutien)?

Oui Non



Avez-vous des difficultés à interagir en public ou avec des inconnus?

Oui Non

Comment réagissez-vous dans des environnements bruyants ou bondés?

Vous arrive-t-il d'éviter des lieux ou des situations sociales? Lesquels?

Oui Non

Avez-vous un historique de crises ou de dissociation en public?

Oui Non

PARTIE 4

MOTIVATION, ENGAGEMENT ET ATTENTES FACE AU CHIEN D'ASSISTANCE

Veillez noter qu'un chien d'assistance est un soutien complémentaire et ne remplace en aucun cas vos traitements ou suivis thérapeutiques actuels. Le processus d'entraînement peut comporter des défis et exige votre engagement constant.

Ces questions nous permettent d'évaluer votre disponibilité et votre engagement à long terme dans le processus d'entraînement.

Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu est strictement réservé à l'usage exclusif de Bienfaits Canins dans le cadre de l'analyse et du suivi du dossier du demandeur. Toute reproduction, diffusion ou utilisation non autorisée est strictement interdite.



Quels motifs précis vous incitent à vouloir entraîner un chien d'assistance pour vous aider à gérer les symptômes et les limitations qui découlent de votre handicap ou de votre condition médicale?

De quelle façon concrète pensez-vous qu'un chien d'assistance pourrait vous aider au quotidien ?

Veillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- M'offrir un sentiment de sécurité et de réconfort par le biais de différentes actions concrètes (Positionnements du chien d'assistance, pression profonde thérapeutique, accompagnement nocturne, etc.)
- M'avertir et m'aider à réduire un ou plusieurs symptômes liés à ma condition (Alerte aux symptômes, interruption de comportement, redirection d'attention, etc.)
- M'aider à garder une constance dans ma prise de médication (Alerte à la prise de médication et rapport d'une trousse médicale)
- Augmenter la quantité et la qualité de mes interactions sociales
- M'aider à maintenir une routine quotidienne saine et équilibrée
- M'aider à augmenter mon autonomie globale
- Stabiliser ou améliorer mon état de santé générale
- Autre (veuillez préciser) : _____

Disponibilité et engagement

Considérez-vous avoir le temps, les ressources et l'énergie nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins quotidiens de votre chien ? (Besoins de dépense physiques, alimentaires, entretien et hygiène, besoins masticatoires et stimulation intellectuelle, etc.)

- Oui
- Non

Si vous traversez une période plus difficile sur le plan de votre santé mentale et/ou physique, quelle solution envisagez-vous pour garantir que votre chien reçoive les soins et l'attention dont il a besoin ?

Le processus d'entraînement d'un chien d'assistance psychologique exige un engagement, de la constance et de la cohérence de votre part. Êtes-vous prêt(e) à participer activement à un programme d'apprentissage et d'entraînement et de soutenir les apprentissages et maintenir les acquis de votre chien ?

- Oui
 Non

Êtes-vous prêt à participer à des rencontres régulières – selon la formule de cours (Consultations individuelles en éducation canine à domicile, au centre éducatif ou en public)?

- Oui Non

Êtes-vous capable de respecter et de mettre en application des consignes d'entraînement sur une base quotidienne?

- Oui Non

Avez-vous des événements anticipés (déménagement, hospitalisation, etc.) dans la prochaine année?

- Oui Non



J'atteste que toutes les informations fournies dans ce document sont exactes, complètes et véridiques au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ces informations sont confidentielles et seront utilisées uniquement dans le cadre de l'analyse de ma demande et du suivi avec Bienfaits Canins.

Signature du demandeur : _____

Signature du tuteur légal (si applicable) _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____

À remplir par l'équipe Bienfaits Canins

Accusé de réception par Bienfaits Canins en date du :

_____ (JJ/MM/AAAA)