

Demande de services *Information sur le bénéficiaire*



Présentation de l'organisme

Le présent formulaire est requis afin de nous faire connaître les besoins de votre usager. Nous vous assurons de notre entière discrétion face au contenu de ce dossier.

Action Autisme ne reçoit pas de subvention gouvernementale. Nous veillons à la gestion de l'organisme et offrons nos services grâce aux dons et aux fonds amassés lors de nos événements bénéfiques. Bien que nos moyens soient limités, nous comprenons que parfois il est nécessaire d'outiller vos usagés pour une meilleure poursuite de vos objectifs d'intervention.

Action Autisme a été créé par des parents d'enfants autistes. Notre dévouement est inspiré des progrès réalisés à la suite des interventions que nous avons faits auprès de nos enfants et des succès vécus par les bénéficiaires de l'organisme. Nous sommes reconnaissant de votre soutien et de vos efforts auprès de nos enfants. Nous comptons sur l'accumulation de petits progrès pour faire une grande différence au fil du temps.

L'organisme soutient les personnes neurodivergentes recevant les services d'un intervenant par le prêt de matériel éducatif ou spécialisé qui répond aux besoins des objectifs du plan d'intervention.

DEMANDE DE SERVICES INITIALE - INTERVENANTS

Renseignements de base

Prénom et nom de l'intervenant:

Organisme :

Titre :

Ville :

Code Postal :

Téléphone (ou cell):

Courriel :

Renseignement de votre usager (il doit au préalable être membre, c'est gratuit www.actionautisme.org)

Prénom et nom :

Numéro de membre (laisser en blanc si oublié) :

Âge :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Diagnostic :

Description de vos besoins

Veillez nous décrire l'objet de votre demande d'aide.

DEMANDE DE SERVICES INITIALE - INTERVENANTS

Autres renseignements pertinents

Vous pouvez également nous signaler tout autre fait pertinent qu'il serait important que nous connaissions afin de mieux nous exposer votre situation.

Vous pouvez joindre une lettre, feuillet ou tout autre document si vous ne disposez pas de suffisamment d'espace.

Déclaration

Je déclare que tous les renseignements déclarés sont exacts et véridiques.

Personne qui a rempli le formulaire :

Date :

Veillez faire parvenir ce formulaire à l'adresse suivante :

Par la poste:

Action Autisme

250 - 1705 Boul des Laurentides, Laval

H7M 2P5

Par courriel:

actionautisme@hotmail.com