

ADULT DAY PROGRAM APPLICATION

DEMANDE D'ADMISSION AU PROGRAMME DE JOUR POUR ADULTES



Wherever possible, please complete the written portion of this application form in the language most suitable to the Adult Day Program being applied for.
Dans la mesure du possible, veuillez remplir le formulaire dans la langue la plus convenable au programme de jour pour lequel vous faites demande.

Name / Nom _____ Gender / Sexe _____ DOB (D/M/Y) / DDN (jj/mm/aa) _____

Address / Adresse _____ Postal Code / Code postal _____

Phone # / N° de tél. _____ REG. # / N° d'imm. de Santé Manitoba _____ PHIN # / N° de NIP _____

Contact Person Name (Primary) / Nom de la personne-ressource (Primaire) _____	Relationship / Lien de parenté _____
Address / Adresse _____	Postal Code / Code Postal _____
Home Phone # / N° de téléphone _____	Daytime Phone # / N° de tél. (jour) _____
Contact Person Name (Secondary) / Nom de la personne-ressource (Secondaire) _____	Relationship / Lien de parenté _____
Address / Adresse _____	Postal Code / Code Postal _____
Home Phone # / N° de tél. _____	Daytime Phone # / N° de tél. (jour) _____

Relevant Medical Information / Renseignements médicaux pertinents _____

Diet / Régime alimentaire _____

Known Allergies / Allergies connues _____

Social Situation / Situation sociale _____

Language / Langue: Spoken / Expression orale _____ Understood / Compréhension orale _____

Special Assistance Required / Aide spéciale requise _____

Require Pre-attendance Contact by ADP Staff: Yes No
Entrevue préalable requise avec le personnel du programme de jour pour adultes : Oui Non

Home Care Supports Required / Soins à domicile requis : Yes/Oui No/Non

Interests / Intérêts _____

Skills and Abilities applicable to programming / Aptitudes et capacités applicables aux programmes _____

Goals for Adult Day Program Attendance / Objectifs de participation au Programme de jour pour adultes _____

Preferred Attendance / Jour de présence préféré Mon / Lundi Tue / Mardi Wed / Mercredi Thur / Jeudi Fri / Vendredi
Weekly / Une fois par semaine Bi Weekly / Une fois toutes les deux semaines

ADULT DAY PROGRAM APPLICATION
DEMANDE D'ADMISSION AU PROGRAMME DE JOUR POUR ADULTES

In making this application for Adult Day Program admission to one of the following
En présentant cette demande d'admission à un des programmes de jour pour adultes suivants :

1. _____
2. _____
3. _____

I understand and agree to the following / *Je reconnais et conviens de ce qui suit :*

1. Home Care information that is pertinent to my participation may be shared with the Adult Day Program, e.g. relevant medical information and a functional assessment. / *Des renseignements relatifs aux soins à domicile qui sont pertinents à ma participation peuvent être communiqués au personnel du Programme de jour pour adultes, p. ex. des renseignements médicaux utiles ou une évaluation des capacités fonctionnelles.*
2. Frequency of attendance and services received as part of the day program will be reviewed from time to time and may be subject to change. / *La fréquence de participation et des services reçus dans le cadre du programme sera examinée au besoin et pourrait être modifiée.*
3. To accept responsibility for payment of the established daily participant fee. / *Je suis responsable du versement des droits quotidiens de participation établis.*
4. Authorized charges may be billed to / *Les frais admissibles seront facturés à :*

Name / *Nom*

Phone # / *N° de téléphone*

Address / *Adresse*

Signature of Applicant or Designate
Signature du demandeur ou de son représentant désigné

Date (day/month/year)
Date (jj/mm/aa)

Signature of Home Care Case Coordinator
Signature du coordonnateur des cas

Date (day/month/year)
Date (jj/mm/aa)

Office Location
Adresse du bureau

Phone # / *N° de téléphone*

ADULT DAY PROGRAM APPLICATION
DEMANDE D'ADMISSION AU PROGRAMME DE JOUR POUR ADULTES

Part II and III For Office Use Only:
Partie II et III réservées à l'administration seulement :

PART II: ADP Sponsor- Enrollment Information (completed by ADP sponsor)
Partie II : Prestataire du programme de jour pour adultes - Données d'inscription (à remplir par le prestataire)

Approved for ADP
Autorisation de participer au programme du jour pour adultes
Yes / Oui No / Non

Placed on a Waiting List / Inscrit dans la liste d'attente
Yes / Oui No / Non Date (d/m/y) / (jj/mm/aa) _____

Admission Date (D/M/Y) / Date d'admission (jj/mm/aa) _____

Scheduled days to attend / *Jours de participation prévus :*
Mon / Lundi Tues / Mardi Wed / Mercredi Thur / Jeudi Fri / Vendredi

Weekly / *Une fois par semaine* Biweekly / *Une fois toutes les deux semaines*

ADP Sponsor Signature / *Signature du prestataire du programme de jour pour adultes*

PART III: ADP Sponsor- Discharge Information (completed by ADP sponsor)
PARTIE III : Prestataire du programme de jour pour adultes – Données d'annulation (à remplir par le prestataire)

Discharge Date (D/M/Y) / Date d'annulation (jj/mm/aa) _____

Reason for Discharge (Indicate applicable code) / *Raison de l'annulation (indiquer le code approprié)*

1. Condition Improved / *Amélioration des circonstances*
2. Condition Deteriorated / *Détérioration des circonstances*
3. Personal Care Home Placement / *Placement au foyer*
4. Hospitalization (extended) / *Hospitalisation (longue durée)*
5. Death / *Décès*
6. Moved from area / *Déménagement à l'extérieur de la région*
7. Inappropriate for Program / *Capacités insuffisantes*
8. Payment Difficulties / *Problèmes de paiement*
9. Unable to Meet Needs / *Programme ne répond pas aux besoins*
10. Unwilling to Attend / *Refus de participer*

ADP Sponsor Signature / *Signature du prestataire du programme de jour pour adultes :*