

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Nom et prénom de la personne accidentée

Numéro de réclamation

SECTION 1 — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Vous pourriez avoir droit à un remboursement des frais que vous avez réellement engagés pour obtenir des services d'aide personnelle à domicile si, en raison de votre accident, votre état physique ou psychique vous rend incapable de **prendre soin de vous-même** ou d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne.

Le montant admissible par semaine est établi à la suite de l'analyse effectuée par la Société et en fonction de la période pour laquelle vous avez demandé de l'aide. Ce montant est ajusté selon l'évolution (amélioration ou aggravation) de votre état de santé.

SECTION 2 — RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(Inscrivez les dates de début et de fin de la période pour laquelle vous demandez un remboursement de frais d'aide personnelle à domicile.)

Cette description de vos besoins correspond à la période du

Année Mois Jour au Année Mois Jour

Y a-t-il eu hospitalisation, hébergement temporaire ou admission dans un centre de réadaptation pendant cette période ? Oui Non
Si oui : Date de début Année Mois Jour Date de fin Année Mois JourOù habitez-vous durant la période touchée par la réclamation ? À votre domicile Ailleurs (précisez) :Viviez-vous seul ou seule ? Oui Non Si non, précisez :Des particularités de ce domicile vous posaient-elles un problème ? Oui Non

Si oui, lesquelles (escaliers, accès à la salle de bain, emplacement de la salle de lavage, etc.) ?

Aviez-vous des équipements ou des accessoires qui favorisaient votre autonomie ? Oui Non

Si oui, lesquels (banc de bain, barre d'appui, siège de toilette surélevé, pince à long manche, etc.) ?

Pendant cette période, avez-vous reçu des services d'un CLSC ou d'un autre organisme ? Oui Non

Si oui, lesquels (changement de pansement, administration d'un antibiotique intraveineux, etc.) ?

Veuillez cocher, s'il y a lieu, les cases correspondant au matériel utilisé pendant cette période. Pour chaque élément, indiquez s'il y a lieu la date d'abandon.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ou <input type="checkbox"/> 2 cannes jusqu'au (Année-Mois-Jour) : | <input type="checkbox"/> Corset jusqu'au (Année-Mois-Jour) : |
| <input type="checkbox"/> 1 ou <input type="checkbox"/> 2 béquilles jusqu'au (Année-Mois-Jour) : | <input type="checkbox"/> Orthèse/attelle/prothèse jusqu'au (Année-Mois-Jour) : |
| <input type="checkbox"/> Marchette jusqu'au (Année-Mois-Jour) : | <input type="checkbox"/> Collier cervical jusqu'au (Année-Mois-Jour) : |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant jusqu'au (Année-Mois-Jour) : | <input type="checkbox"/> Bas compressif jusqu'au (Année-Mois-Jour) : |
| <input type="checkbox"/> Plâtre jusqu'au (Année-Mois-Jour) : | <input type="checkbox"/> Autre : jusqu'au (Année-Mois-Jour) : |

Quels sont les événements médicaux importants survenus au cours **de cette période** et qui justifient la présente demande (blessures à la suite de l'accident, chirurgies, complications, examens, traitements, etc.) ?Quelle est votre main dominante ? Droite GaucheAvant l'accident, conduisiez-vous ? Oui NonEt maintenant, conduisez-vous ? Oui Non

À remplir lors de la première demande

Avant l'accident, receviez-vous des services à domicile ? Oui Non

Si oui, lesquels ? Indiquez à quelle fréquence.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide au bain : | <input type="checkbox"/> Service de lessive : |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'entretien ménager : | <input type="checkbox"/> Livraison (épicerie, pharmacie) : |
| <input type="checkbox"/> Service de préparation de repas : | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

Autres précisions sur votre condition durant la période couverte par cette réclamation :



SECTION 3 — ÉVALUATION DE VOS BESOINS (Cochez votre niveau de besoin pour chaque activité.)

Pendant la période indiquée à la section 2, je faisais l'activité →	Seul	Seul, mais avec difficulté	Avec un peu d'aide	Avec beaucoup d'aide	Je ne la faisais pas avant l'accident
Faire son hygiène					
■ Entrer dans le bain ou la douche et en sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Se laver le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Se laver les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Se raser, se coiffer, se maquiller, se couper les ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller/se déshabiller					
■ Le haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Le bas du corps (y compris mettre ses chaussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger					
■ Porter la nourriture à sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Couper ses aliments dans l'assiette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Se verser à boire à partir de la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes					
■ S'asseoir sur le siège et se relever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ S'essuyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Descendre ses vêtements et les remonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas (Prendre ses pilules, appliquer ses crèmes, ses onguents, ses gouttes, ses pansements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre/enlever <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas					
□ Corset □ Collier cervical □ Prothèse □ Attelle/orthèse □ Bas compressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□ Autre (précisez) :					
S'installer au lit et se relever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les commodités de son logis					
■ Circuler dans le domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Entrer dans le domicile et en sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Ouvrir et fermer les portes, les fenêtres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Utiliser le téléphone, les télécommandes et les interrupteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter à bord et descendre de son moyen de transport principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est-il ? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer des repas simples pour soi-même					
(Planifier et préparer deux repas par jour, tel que faire un déjeuner, un sandwich, réchauffer un plat, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer un repas complexe pour soi-même					
(Planifier et préparer un repas par jour nécessitant plusieurs étapes de réalisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire l'entretien quotidien					
■ Laver la vaisselle (à la main ou remplir/vider le lave-vaisselle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Essuyer les comptoirs, la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Faire du rangement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Faire son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Passer le balai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire le ménage hebdomadaire					
■ Épousseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Nettoyer la baignoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Sortir les ordures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Faire le grand ménage (nettoyer les murs, les plafonds, les armoires, les tapis, les fenêtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire l'entretien du linge					
■ Laver le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Faire sécher le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Plier le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Transporter et ranger le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommer des biens et des services					
■ Planifier les achats et les rendez-vous personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Se rendre dans un commerce ou un établissement de service public (épicerie, banque, bureau de poste, pharmacie, guichet automatique, boutique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Choisir et payer ses achats (sur place, par téléphone, par Internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Transporter les sacs, les paquets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget personnel					
(Contrôler ses revenus et ses dépenses personnelles, faire un chèque, payer ses comptes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :
 Service en ligne Remboursement de frais et envoi pour les intervenants externes : saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants
 Télécopieur : 1 866 289-7952
 Poste : Société de l'assurance automobile du Québec
 Case postale 2500, succursale Terminus
 Québec (Québec) G1K 8A2
 Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

Signature			
Date	Année	Mois	Jour

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.