

Formulaire d'inscription – Bénéficiaires des Forces armées canadiennes/Anciens Combattants Canada

Qui remplit ce formulaire? _____

Coordonnées de la personne amputée

Prénom _____ Deuxième(s) prénom(s) _____ Nom de famille _____

Prénom d'usage : _____ Autres noms de famille utilisés auparavant (optionnel) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ Pronoms d'usage : _____
jour/mois/année

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Par souci de confidentialité et de protection des renseignements personnels, toute correspondance de l'Association des Amputés de guerre vous sera postée à l'adresse indiquée ci-dessus.

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Veillez indiquer la langue de correspondance désirée : Français Anglais

Comment avez-vous entendu parler de l'Association des Amputés de guerre et des services qu'elle offre aux personnes amputées?

Service militaire

Statut de service militaire : Service actif Libération en attente Libéré(e)

Numéro de dossier : _____ Numéro matricule : _____

Régiment : _____

Grade : _____

Pension : Loi sur les pensions Nouvelle Charte des anciens combattants/Loi sur le bien-être des vétérans Autre

Si autre, veuillez préciser : _____

Avez-vous de la difficulté à accéder à vos prestations d'ACC, de la RARM ou du MDN? Oui Non

Si oui, veuillez décrire ces difficultés : _____

Type d'amputation(s)

Veillez sélectionner tous les types d'amputation qui s'appliquent, et en indiquer l'emplacement (dans le cas d'amputations bilatérales, sélectionnez la gauche et la droite). Veillez indiquer la cause (de naissance, médicale ou accidentelle) et la date à laquelle chaque amputation a eu lieu.

	Gauche	Droite	Cause	Date
Transtibiale (au-dessous du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transfémorale (au-dessus du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pied partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Amputation de Syme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la cheville (au niveau de la cheville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du genou (au niveau du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transradiale (au-dessous du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du poignet (au niveau du poignet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transhumérale (au-dessus du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du coude (au niveau du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hémipelvectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la hanche (au niveau de la hanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Plastie de rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation inter-scapulo-thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de l'épaule (au niveau de l'épaule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autre (veuillez préciser) : _____				

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : fémur et/ou du tibia/péroné

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : humérus et/ou du radius/cubitus

La différence de longueur est de : _____ cm ou _____ pouces

Notes additionnelles : _____

Cause(s) de l'amputation

Veillez sélectionner tout ce qui s'applique et inscrire la ou les dates de chaque amputation ou opération s'il y a lieu.

À la naissance

- Congénitale
- Congénitale chirurgicale
(amputation congénitale qui nécessite ou nécessitera une intervention chirurgicale)
- Type d'amputation congénitale :
- Pas de cause ou de diagnostic
- Maladie des brides amniotiques
- Hémimélie fibulaire
- Fémur court congénital
- Syndrome TAR
- Autre
- Veillez préciser :* _____

Médicale

- Date du diagnostic : _____
- Cancer
- Méningite
- Diabète
- Vasculaire
- Sepsie
- Autre
- Veillez préciser :* _____

Accident

- Date de l'accident : _____
- Engin explosif improvisé
- Accident de la route
- Accident survenu à la ferme
- Accident impliquant une tondeuse
- Accident impliquant un train
- Électrocution
- Gelure
- Accident impliquant une meuleuse
- Accident de travail
- Autre
- Veillez préciser :* _____

Date de la ou des amputations, ou de la ou des opérations (s'il y a lieu) : _____

Comptez-vous intenter une action en justice relative à la cause de l'amputation (s'il y a lieu)? Oui Non

Veillez indiquer le nom du centre prothétique ou de réadaptation que vous fréquentez :

Est-ce qu'un membre artificiel ou un appareil est présentement en train d'être fabriqué? Oui Non

Autres sources de financement

Êtes-vous admissible à toute autre source d'aide financière, par exemple l'aide sociale, une assurance maladie privée complémentaire ou une assurance collective offerte par votre employeur? Cette information nous permettra de respecter nos directives relativement à l'aide que nous offrons pour l'achat de membres artificiels.

Oui *Veillez préciser :* _____ Non

Décharge de responsabilité

Considérant que l'Association des Amputés de guerre me fournira une assistance par l'intermédiaire du Programme, je soussigné(e), _____, décharge et libère, pour une durée indéterminée, l'Association des Amputés de guerre de toute faute à l'égard des réclamations, demandes, dommages, actions ou causes d'action engagés, ou pouvant être engagés, conformément à toute loi ou à tout principe d'équité que moi ainsi que mes héritiers, exécuteurs, administrateurs ou ayants droit pouvons, devons ou pourrions trouver en raison de ma participation aux activités et événements organisés par l'association.

De plus, je consens, j'accepte et j'assume pleinement tous les risques de blessures personnelles, de maladie, de décès, de dommages matériels ou de toute perte ou frais occasionnés en raison de ma participation aux programmes de l'association et aux diverses activités pour quelque raison que ce soit, et je conviens d'indemniser et de garantir l'Association des Amputés de guerre, ses successeurs et ses ayants droit à l'égard de tout dommage, action, dette, compte, réclamation et demande qui pourrait ultérieurement être intenté contre eux par moi ou en mon nom en raison de ma participation aux programmes de l'association.

Adhérent(e) (en lettre moulées)

Témoin (en lettres moulées)

Courriel

Signature de l'adhérent(e)

Signature du ou de la témoin

Date : _____
jour/mois/année

Date : _____
jour/mois/année

Signature

Signature du requérant ou de la requérante _____

Date : _____
jour/mois/année

