



## FORMULAIRE D'APPLICATION POUR BÉNÉFICIAIRE

Veillez noter que l'Académie Stella chien d'assistance offre sans frais la formation de base et avancée pour votre chien. **Pour l'ouverture de dossier, des frais de 150\$** (non remboursable, veuillez-vous assurer d'avoir un diagnostic de TSPT, TSO ou TAG, inclure le paiement avec vos formulaires « Bénéficiaire » et « Professionnel ») **sont demandés ainsi que le coût d'achat du chiot et des soins vétérinaires de la naissance et pour toutes les années suivante.**

Une fois votre formulaire rempli ainsi que celui du professionnel qui vous recommande, veuillez envoyer le tout à :

Académie Stella Chien d'assistance  
4372 rue de la Promenade  
St-Antoine-de-Tilly (Québec)  
G0S 2C0

Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt et le soutien que vous démontrez à l'Académie Stella chien d'assistance et nous espérons vous contacter avec une réponse positive. Au plaisir de vous connaître!

L'équipe du Conseil d'administration et de la direction.



## Renseignements personnels

### Renseignements Généraux

#### Bénéficiaire

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

No Civique, rue : \_\_\_\_\_

Ville, province : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone principal : \_\_\_\_\_

Téléphone secondaire (Si applicable) \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

#### Tuteur Légal (si la demande est faite pour un individu de 18 ans et moins)

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

No Civique, rue : \_\_\_\_\_

Ville, province : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone principal : \_\_\_\_\_

Téléphone secondaire (Si applicable) \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_



## Environnement familial, professionnel et social

Vous vivez :

- Seul(e)     En couple     Avec un colocataire     En couple avec des enfants  
 Seul (e) avec des enfants

Veillez énumérer toutes les personnes qui demeurent à votre domicile.

Veillez inclure leur nom, âge et lien avec vous.

---

---

---

Est-ce que toutes les personnes vivant avec vous acceptent votre démarche ?    Oui  Non

Si certaines manifestent des réticences, SVP faites-nous part de leurs préoccupations.

---

---

---

Avez-vous d'autres animaux à la maison ? Si oui, précisez.    Oui  Non

Espèce : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Stérilisé : Oui  Non

Espèce : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Stérilisé : Oui  Non

Espèce : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Stérilisé : Oui  Non

Espèce : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Stérilisé : Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Milieu de résidence :    Ville     Banlieue     Village     Campagne

Type de résidence :    Maison unifamiliale     Duplex     Logement

Autre  : \_\_\_\_\_



Êtes-vous : Propriétaire  Locataire   
Avez-vous un terrain ? : Oui  Non  Si oui, le terrain est-il clôturé ? : Oui  Non   
Mode de vie : Très actif  Actif  Sédentaire  Autre  : \_\_\_\_\_  
Lors de vos sorties, êtes-vous : Accompagné  Non-accompagné   
Prenez-vous de la médication ? : Oui  Non   
Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

**Emploi (Si applicable)**

Employeur : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

- Temps plein
- Temps partiel
- En arrêt de travail
- Aux études
- Retraité(e)

## Renseignements sur les limitations

Le chien d'assistance est demandé afin de pallier à quels problèmes de santé psychologiques mentionnés ci-bas (Dont un diagnostic a été émis par un professionnel de la santé)?

- Agoraphobie  Anxiété  Trouble bipolaire  Dépression (chronique ou clinique)
- Problèmes de dissociation  Un trouble obsessionnel compulsif (TOC)  Trouble de panique
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)  Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- Phobie sociale
- Autre : \_\_\_\_\_



Est-ce que vous avez un/plusieurs symptômes fréquents ou persistants nommés ci-bas ?  
(diagnostiqués ou non par un professionnel de la santé)

**Manifestations dépressives :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> Sommeil difficile | <input type="checkbox"/> Dévalorisation/culpabilité      |
| <input type="checkbox"/> Détresse          | <input type="checkbox"/> Pleurs fréquents  | <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration     |
| <input type="checkbox"/> Perte d'énergie   | <input type="checkbox"/> Indécision        | <input type="checkbox"/> Variation de l'appétit/du poids |
| <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt   |  |  |

**Symptômes d'intrusion :**

- |                                     |                                     |   |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Flashbacks | <input type="checkbox"/> Souvenirs répétitifs | <input type="checkbox"/> Rappel indicé |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|

**Symptômes d'évitement :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pensées/souvenirs/sentiments | <input type="checkbox"/> Personnes/conversations | <input type="checkbox"/> Endroits/activités |
|---|--|---|

**Altérations négative :**

- |                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amnésie | <input type="checkbox"/> Émotions négatives | <input type="checkbox"/> Émotions gelées | <input type="checkbox"/> Détachement des autres |
|----------------------------------|---|--|---|

**Manifestations d'anxiété**

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Transpiration  | <input type="checkbox"/> Phobie                |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Tremblements   | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer |
| <input type="checkbox"/> Sursauts     | <input type="checkbox"/> Hypervigilance |  |

**Autres :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Isolement       | <input type="checkbox"/> Douleurs physiques  | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire  |
| <input type="checkbox"/> Consommation    | <input type="checkbox"/> Séquelles physiques | <input type="checkbox"/> Gestes répétitifs |
| <input type="checkbox"/> Jeux compulsifs | <input type="checkbox"/> Automutilation      |  |

Autre : \_\_\_\_\_

Utilisez-vous des aides techniques pour vos déplacements, (Canne, Marchette, fauteuil roulant, etc.) ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Considérez-vous qu'un chien puisse améliorer votre autonomie dans le cadre de votre quotidien, comme par exemple lors de vos déplacements ou dans le cadre de vos réalisations futures ? Si oui, indiquez-nous de quelle manière ?

---

---

---

---

---

---

Afin de vous offrir un service adéquat qui répond à vos besoins et afin de nous assurer des bienfaits de l'intégration du chien d'assistance dans votre vie, nous demandons la collaboration d'un intervenant actif dans votre dossier. Un plan d'intervention en lien avec l'obtention du chien d'assistance doit être établi avant l'arrivée du chien, et être révisé aux ans avant la certification annuelle du chien. Cette méthode nous permet d'évaluer les impacts du chien d'assistance au niveau de votre rétablissement.

## Contacts d'urgence

Vous devez désigner deux personnes de votre entourage, qui acceptent de vous apporter un support nécessaire pour vous et votre chien d'assistance. Ces deux individus acceptent aussi d'offrir un hébergement au chien d'assistance en cas d'urgence.

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



J'atteste que les informations fournies sont exactes, j'ai répondu du mieux de mes connaissances et j'autorise L'Académie à procéder à une vérification des informations déclarées.

Nom complet du requérant : \_\_\_\_\_

Signature du requérant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

**L'Académie vous remercie de la confiance que vous lui témoignez et vous rappelle que votre dossier sera traité de façon confidentielle.**

