

Croix-Rouge canadienne — Alberta
Programme d'appels amicaux
 Courriel : ABFriendlyCalls@croixrouge.ca
Téléphone : 403 541-4438 Télécopieur : 403 541-6129



Formulaire de référence du programme d'appels amicaux

Le programme d'appels amicaux de l'Alberta, offert gratuitement aux personnes de 55 ans et plus, permet à celles et ceux qui en bénéficient de se prévaloir de renseignements et de ressources et d'être dirigés vers des organismes communautaires dans le confort et la sécurité de leur foyer. Les inscriptions au programme d'appels amicaux sont effectuées uniquement par l'entremise de ce formulaire, qui doit être soumis par un prestataire de soins de santé autorisé par le gouvernement.

1. Renseignements concernant la personne qui soumet le formulaire (Nous communiquerons avec vous pour en accuser réception et valider les renseignements concernant la personne à inscrire.)

Nom et adresse de l'organisme :		Date de la référence :	
Prestataire de soins de santé :			
Numéro(s) de téléphone :		Numéro de télécopieur :	

2. Renseignements au sujet de la personne à inscrire

Nom :		Année de naissance :	
Prénom (ou nom par lequel la personne souhaite être désignée) :			
Adresse :		Code postal :	
Numéro de téléphone fixe ou mobile :		Adresse courriel (les renseignements pertinents seront envoyés à cette adresse) :	
Heures/jours privilégiés pour les appels :			

3a. Consentement de la personne à inscrire, qui doit lire et comprendre ce qui suit

J'autorise l'organisme ou le prestataire de soins de santé susmentionné à transmettre mes renseignements personnels à la Croix-Rouge canadienne (CRC) afin de procéder à mon inscription au programme d'appels amicaux. Les employé(e)s ou les bénévoles concernés utiliseront ces renseignements pour communiquer avec moi par téléphone ou par courriel, jusqu'à trois reprises au besoin. Je reconnais que ces renseignements de même que la teneur des échanges aux fins desquels ils serviront seront traités en toute confidentialité. Je comprends également que ce formulaire sera conservé de façon sécuritaire dans les locaux de la CRC. Dans l'éventualité où je ne souhaiterais plus participer au programme d'appels amicaux, je devrai en aviser une personne responsable de la coordination en composant le 403 541-4438.

3b. Consentement de la personne à inscrire (devant témoin)

Nom de la personne à inscrire :		Signature :		Date :	
Nom du témoin :		Signature :		Date :	

4. Statut de la demande (cette section doit être remplie en toute confidentialité par un[e] employé[e] ou un ou une bénévole du programme d'appels amicaux de la CRC)

Date du premier appel :		Notes :		Initiales de la personne ayant fait l'appel :	
Date du deuxième appel :		Notes :		Initiales de la personne ayant fait l'appel :	
Date du troisième appel :		Notes :		Initiales de la personne ayant fait l'appel :	

**** Nous demandons aux prestataires de soins de santé de nous faire parvenir ce formulaire par courriel ou par télécopieur en utilisant les numéros indiqués dans l'en-tête. Merci pour votre collaboration.**