|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Section I : Identification du demandeur | | |
| Prénom légal : | Nom légal : | Initiale du second prénom : |
| Date de naissance : | Numéro de la sécurité sociale : (facultatif) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Section II : Informations sur le ménage | | | | |  |  |  |
| Je vis seul(e)  Je vis avec des autres (complétez ci-dessous)  Sans-abri  Refuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Libération de prison \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Nom du membre du ménage | Date de naissance/Âge | Relation | Sexe à la naissance  (masculin, féminin) | Sexe actuel  (Homme, femme, trans homme à femme trans femme à homme, trans autre, inconnu) | Race  Blanc, noir ou afro-américain, asiatique, natif d'Hawaï/insulaire du Pacifique, amérindien ou autochtone de l’Alaska, autre | Appartenance ethnique  (hispanique ou latino, non hispanique ou latino) | Sous-groupe hispanique  (mexicain, mexicain-américain, chicano/a, portoricain, cubain, un autre hispanique, latino, ou d'origine espagnole, écrire le nom) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Je comprends que l'auto-déclaration n'est autorisée que lorsque je n'ai pas d'adresse fixe ou que j'ai tenté mais ne peux pas obtenir une preuve de résidence actuelle par un tiers. Je comprends que toute fausse déclaration d'informations ou omission de divulguer les informations demandées dans ce formulaire peut me disqualifier de la participation au programme et peut constituer un motif de résiliation de l'assistance. Il est illégal de fournir de fausses informations au gouvernement lors de la demande de programmes fédéraux d'intérêt public conformément à la loi sur les recours civils contre la fraude aux programmes. Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes. Je comprends également qu'il est de ma responsabilité de signaler tous les changements apportés à la composition de mon ménage ou à mon revenu et d'en fournir la documentation à mon gestionnaire de cas dans les dix (10) jours ouvrables.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du Client Date |

|  |
| --- |
| Section III. Informations médicales |
| Laboratoires : |
| **Avez-vous été dépisté(e) pour la tuberculose depuis le diagnostic du VIH : DATE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Oui  Non  Non médicalement indiqué  Inconnu |
| **Avez-vous été dépisté(e)/testé(e) pour la syphilis au cours de l'année civile : DATE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Oui  Non  Non médicalement indiqué |
| **Avez-vous été dépisté(e) pour l'hépatite B : DATE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Oui  Non  Non médicalement indiqué  Inconnu |
| **Avez-vous été dépisté(e) pour l'hépatite C : DATE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Oui  Non  Non médicalement indiqué  Inconnu  **Avez-vous été traité pour l'hépatite C : DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ☐ Oui ☐ Non ☐ Non médicalement indiqué ☐ Inconnu  **Envisagez-vous été un traitement contre l'hépatite C :**  **☐** Oui ☐ Non ☐ Inconnu |
| Avez-vous reçu des vaccins : |
| Hépatite A  Hépatite B  Grippe  Virus du papillome humain (VPH)  Vaccin antipneumococcique conjugué (PCV13)  Vaccin antipneumococcique polyosidique (PPSV23)  Tdap (tétanos, diphtérie, coqueluche)  Date de début de l'immunisation (pour l'hépatite A/B) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de fin de l'immunisation (pour l'hépatite A/B) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Médicaments : |
| Prenez-vous actuellement des médicaments anti-VIH ? Oui Non  Nom(s) du (des) médicament(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quel type de médicament (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :  ART  IO-prophylaxie  IO-traitement  Other  Hépatite B  Hépatite C  Grippe  VPH  Date de début du traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de fin du traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quelle pharmacie utilisez-vous pour vos médicaments anti-VIH ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Catégorie d’exposition : | |
| Des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres homme | Utilisation de drogue par injection |
| Contact hétérosexuel | Receveur d'une transfusion sanguine, de composants sanguins ou de tissus |
| Transmission périnatale | Inconnu |