

Mes besoins de soutien



Mon horaire du matin :



L'heure :	Ce que je fais	Ai-je besoin de soutien ?	Existe-t-il un soutien non rémunéré ?	Comment la technologie d'assistance peut-elle aider ?	Soutien financier nécessaire	Type de soutien nécessaire
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
Nombre total d'heures nécessaires	S.O.	S.O.				S.O.

Mon horaire de l'après-midi :



L'heure :	Ce que je fais	Ai-je besoin de soutien ?	Existe-t-il un soutien non rémunéré ?	Comment la technologie d'assistance peut-elle aider ?	Soutien financier nécessaire	Type de soutien nécessaire
12h						
13h						
14h						
15h						
16h						
Nombre total d'heures nécessaires	S.O.	S.O.				S.O.

Mon horaire du soir :



L'heure :	Ce que je fais	Ai-je besoin de soutien ?	Existe-t-il un soutien non rémunéré ?	Comment la technologie d'assistance peut-elle aider ?	Soutien financier nécessaire	Type de soutien nécessaire
17h						
18h						
19h						
20h						
21h						
22h						
23h						
Nombre total d'heures nécessaires	S.O.	S.O.				S.O.

Support de nuit :



L'heure :	Ce que je fais	Ai-je besoin de soutien ?	Existe-t-il un soutien non rémunéré ?	Comment la technologie d'assistance peut-elle aider ?	Soutien financier nécessaire	Type de soutien nécessaire
Nuit						
Nombre total d'heures nécessaires	S.O.	S.O.				S.O.

Support hebdomadaire :



Activité :	Type de soutien nécessaire	Nombre d'heures par semaine	Soutien non rémunéré ?	Soutien financier nécessaire	Raison de l'aide financière
Cuisine/ Planification des repas					
Lessive					
Nettoyage de la maison					
Budgétisation/ Paiement des factures					
Organisation des médicaments					
Magasinage (épicerie, provisions)					
Activités récréatives					
Autre					
Nombre total d'heures nécessaires Ligne E	S.O.				S.O.