

**RRAP FOR PERSONS WITH DISABILITIES  
CONFIRMATION OF DISABILITY AND REQUIRED MODIFICATIONS FORM**

**To the physician/medical expert:**

The information requested on the person with a disabling allergy or environmental hypersensitivity will be used by a homeowner or landlord applying for funding under the Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP) for Persons with Disabilities to carry out remedial modifications to the dwelling.

Protected when completed

Name of Patient
How long has this patient been under your care?

Please describe the patient's medical condition:

--

Please indicate substances, conditions or allergies which are known to contribute to the patient's medical condition:

--

Are any of the above substances, conditions or allergies disabling to the patient?     No     Yes, please specify:

--

What changes to work, lifestyle, or environment are most likely to benefit the patient's health?

--

Does the patient have an allergy to pet dander?     Yes     No

Is the patient presently a smoker?     Yes     No

Does any member of the patient's household smoke?     Yes     No

Physician's Signature	Date
Specialization	

Address and Telephone Number (Please use stamp if available)
--

63220

CMHC is subject to the *Privacy Act*. Individuals have a right of access to CMHC controlled information about themselves.

Français au verso



Canada

**PAREL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES - CONFIRMATION D'INVALIDITÉ ET CONFIRMATION DES MODIFICATIONS NÉCESSAIRES**

**NOTE AU MÉDECIN OU À L'EXPERT EN SOINS DE SANTÉ :**

L'information requise sur la personne ayant des allergies invalidantes ou présentant une hypersensibilité aux polluants environnementaux sera utilisée par le propriétaire-occupant ou le propriétaire-bailleur présentant une demande de financement de travaux correcteurs au logement faite dans le cadre du programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) pour les personnes handicapées.

Protégé une fois rempli

Nom du patient
Depuis combien de temps ce patient est-il sous vos soins?

Veillez décrire le problème de santé du patient

<hr/>
-------

Veillez indiquer les substances, conditions ou allergies qui sont connues pour contribuer aux problèmes de santé du patient

<hr/>
-------

Est-ce que l'une ou l'autre de ces substances, conditions ou allergies a pour effet d'invalider le patient?  Non  Oui, préciser

<hr/>
-------

Quels changements aux modes de travail, modes de vie ou à l'environnement sont les plus susceptibles d'améliorer la santé du patient?

<hr/>
-------

Le patient est-il allergique aux desquamations animales?  Oui  Non

Le patient est-il actuellement fumeur?  Oui  Non

Y a-t-il des fumeurs parmi les personnes cohabitant avec le patient?  Oui  Non

Signature du médecin	Date
Spécialisation	

Adresse et numéro de téléphone (Veillez utiliser une étampe, si possible)

<hr/>
-------

63220

La SCHL est assujettie à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Tout individu a droit d'accès aux renseignements que détient la SCHL à son sujet.

English on reverse



Canada