|  |  |
| --- | --- |
| Dossier : |       |
| Nom, Prénom : |       |
| Date de naissance : |       | [ ]  F [ ]  M |
|  | AAAA-MM-JJ |  |
| NAM : |       | Exp. |       |
|  |  | AAAA-MM |
| Nom de la mère : |       |
|  |  |



**DEMANDE DE SERVICE POUR LA DÉFICIENCE PHYSIQUE**

[ ]  Programme de réadaptation [ ]  Service des aides techniques [ ]  PATCOM

[ ]  Conduite auto [ ]  Aide suppléance à l’audition [ ]  Ressources résidentielles

[ ]  Adaptation véhicule [ ]  Clinique de spasticité

|  |
| --- |
| **1. renseignements généraux** |
|  |
| **adresse de l’usager :** |       |       |       |       |  |
|  no civique rue app. ville code postal |  |
| **courrier légal adressé à (nom, prénom):** |       |  |
| **adresse courrier légal**(si différente): |       |       |       |       |  |
|  no civique rue app. ville code postal |
| **téléphone de l’usager :** | résidence : |       | travail : |       |  [ ]  Téléscripteur |  |
|  |  | cellulaire :  |       | autre (spécifier) : |       |  |
| **courriel :** |       |  |  |
| **langue de communication :** | [ ]  français [ ]  anglais [ ]  autre |       |  |
| **numéro de permis de conduire :** |       | Date d’expiration : | AAAA-MM-JJ |  |
| **\* pour les enfants de moins de 18 ans, veuillez également remplir la section 3** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. renseignements médicaux / diagnostic(s)** |  |
| **diagnostic :** |  |  |
| **date à laquelle le(s) diagnostic(s) a été posé :** | AAAA-MM-JJ |  |
| **objectif(s) de réadaptation :** |       |  |
| **évaluation ou suivi antérieur :** |       |  |
| **suivi actuel :** |  |  |
| **référence vers un autre organisme:** [ ]  **Oui** [ ]  **Non Préciser :** |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. personne lien** |  |
| **coordonnées des parents** |  |
| **nom du père :** |       |  | **nom de la mère :** |       |  |
| **adresse du père****(si différent) :** |       |  | **adresse de la mère (si différent) :**  |       |  |
|  | no civique rue app.  |  |  | no civique rue app. |  |
| [ ]  **principale** [ ]  **secondaire** |       |  | [ ]  **principale** [ ]  **secondaire** |       |  |
|  | ville code postal |  |  | ville code postal |  |
| **téléphone père :** | résidence : |       |  | **téléphone mère :** | résidence : |       |  |
|  | travail : |       |  |  | travail : |       |  |
| tél. autre (spécifier): |       |  | tél. autre (spécifier) : |       |  |
| [ ]  **Autorisation de laisser des messages** |  | [ ]  **Autorisation de laisser des messages** |  |
| **courriel** : |       |  | courriel : |       |  |
| **garde légale \* :**  |[ ]  père |[ ]  mère | [ ]  autre : |       |  |
|  \* fournir une copie du jugement |  |

**S.V.P, remplir la suite du formulaire au verso 🡺**

|  |  |
| --- | --- |
| **4. AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE** |  |
| **nom :** |       | **lien :** |       |  |
| **tél. résidence:**  |       | **tél. cellulaire :**  |       |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Autre milieu de vie** |  |
| [ ]  **rtf (ressou****rce de type familial)** [ ]  **ri (ressource intermédiaire)**  |  |
| [ ]  **autre (spécifier) :** |  |  |
| **Adresse :** | No civique, rue, app, ville, code postal | **Téléphone :** |  |  |
| **nom du répondant :** |       |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Direction de la protection de la jeunesse** |  |
| **intervenant:** |  | **titre :** |  |  |
| **adresse :** | No civique, rue, app, ville, code postal | **tél. :** |       |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Régime de protection**  |  |
| **Type d'ordonnance**  |       |  |
|[ ]  **privé** | **nom répondant :** |       | **tél. :** |       |  |
|[ ]  **public** | **nom répondant :** |       | **tél. :** |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. RÉGIME D’INDEMNISATION** |  |
| **date de l’accident :** | AAAA-MM-JJ | [ ]  **msss** |  |  |
| [ ]  **saaq :** |  | [ ]  **ivac :** |  |  |
|  | **numéro** |  | **numéro** |  |
| [ ]  **autre :** |  | [ ]  **csst :** |  |  |
|  | **numéro** |  | **numéro** |  |
| **nom du conseiller :** |  | **agent d’indemnisation :** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. RÉFÉRENCE** |  |
| **référé par :** |       |       |  |
|  nom titre |  |
| **établissement :** |       |  |
| **adresse :** | No civique, rue, app, ville, code postal |  |
| **téléphone :** |  | **date :** | AAAA-MM-JJ |  |
|  |  |  |  |  |

**Une fois le formulaire complété, veuillez le retourner au Guichet unique d’accès DI-TSA-DP**

Courrier : 27, rue Goodfellow, Delson (Québec) J5B 1V2

Télécopieur : 450-635-1865

Courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

|  |
| --- |
| **INSCRIPTION (réservé au service de l’accès)** |
| **date de réception de la demande :** | AAAA-MM-JJ |  | **no de dossier dp :** |
| **date de dossier complet :** | AAAA-MM-JJ |  |  |
| **décision :**  |[ ]  acceptée |[ ]  refusée |[ ]  référence externe : |       |[ ]  annulée |  |
| **raison :** |       |  |
| **orientation :** | unité administrative 3 (ua3) : |       | programme/service (mgf) : |       |  |
|  | **code** **hps 025** : |       | **niveau de priorité :** | [ ]  urgent [ ]  élevé [ ]  modéré |  |
| intervenant :  |       | Titre : |  |  |
| **signature :** |  | **date de la décision:** | AAAA-MM-JJ |  |
|  |  |  |  |  |