

**IDENTIFICATION DE L'USAGER – DEMANDE DE SERVICE**

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Identification de la personne**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Langue : Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_ (précisez)

Courriel : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Ex. : \_\_\_\_\_ N° de dossier au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale : \_\_\_\_\_

**Famille de la personne**

Père	Mère
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____	Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Autre téléphone : _____	Autre téléphone : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
Langue : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	Langue : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____

**Responsable et référent**

Responsable légal * si ordonnance	Référent
Nom, prénom : _____	Nom, prénom : _____
Lien : _____	Titre : _____
Ville : _____	Établissement : _____
Province : _____ Code postal : _____	Villes : _____
Téléphone : _____	Province : _____ Code postal : _____
Autre téléphone : _____	Téléphone : _____
Courriel : _____	Autre téléphone : _____
Langue : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	Courriel : _____

**Régime de protection (remplir si nécessaire)**

Curateur  Tuteur  Nom : \_\_\_\_\_

N° du régime : \_\_\_\_\_

Direction de la protection de la jeunesse : La demande doit provenir directement du service de l'accès du Centre jeunesse.

**Si hypothèse du trouble du spectre de l'autisme (TSA)<sup>1</sup> :****Qui a posé une hypothèse TSA?**

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*Un rapport d'évaluation accompagnant cette référence est obligatoire

L'enfant est-il inscrit en liste d'attente pour une clinique d'évaluation TSA? Oui  Non 

Date d'inscription : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique d'évaluation : \_\_\_\_\_

**Les attentes de l'utilisateur et de sa famille envers les services du CRDITED SRSOR**


---



---



---

**Besoins spécialisés/situations d'handicap en lien avec la mission du CRDITED SRSOR**


---



---



---

**Services spécialisé demandés****La demande concerne le ou les services suivants<sup>2</sup> :****Services d'adaptation/réadaptation spécialisés à la personne DI ou TED**

- Soutien spécialisé 0-12 ans<sup>3</sup>
- Groupe d'habiletés sociales
- Soutien spécialisé 13 ans et plus
- Groupe d'habiletés sociales

**Services d'adaptation/réadaptation spécialisés en contexte d'intégration au travail**

- Plateau, stage, intégration à l'emploi
- Stage d'été seulement

**Services d'adaptation/réadaptation spécialisés en contexte d'intégration communautaire**

- Centre d'activités

**Services d'adaptation/réadaptation spécialisés en contexte d'intégration résidentielle (RI/RTF/RAC)**

- Hébergement temporaire (Protocole de retrait) :
- Trouble grave du comportement
- Épuisement familial
- Autre : \_\_\_\_\_
- Intégration résidentielle en projet de vie
- Dépannage

**Services d'assistance éducative spécialisés à la famille et aux proches**

- Répit spécialisé pour famille naturelle<sup>4</sup>

- J'ai pris connaissance comme futur usager (ou son représentant) du CRDITED SRSOR de l'offre de service et des conditions d'admission aux services.

Signature : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Tout changement en lien avec le diagnostic devra être acheminé au service de l'AEO du CRDITED SRSOR. De plus, si vous ne respectez plus les critères d'admission au service, le référent s'engage à aviser le CRDITED SRSOR le plus rapidement possible (voir section Hypothèse TSA du *Cadre de gestion du mécanisme d'accès*) pour les critères détaillés.

<sup>2</sup> Voir le *Cadre de gestion du mécanisme d'accès* pour consulter la définition des services avant de cocher votre choix.

<sup>3</sup> Les enfants de moins de 5 ans avec un diagnostic TSA sont automatiquement en attente pour l'Intervention Comportementale Intensive.

<sup>4</sup> Il est nécessaire d'avoir un PI/PSI actif lors de la demande de reconduction de répit spécialisé (voir section Répit spécialisé du *Cadre de gestion du mécanisme d'accès*).