|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto: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 | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |