

Nom, Prénom : _____
 F M
Date de naissance : _____ Préfère ne pas répondre
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

**DEMANDE DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE
SERVICES SPÉCIALISÉS EXTERNES**

CONSIGNES AVANT DE COMPLÉTER LA DEMANDE

Important de compléter l'adressogramme en haut à droite de ce document.	
Si vous souhaitez <u>uniquement</u> faire une demande pour le service des aides techniques (SAT) Ex. : <i>Aide à la posture</i> →	Consultez la page internet du Service d'aides techniques (SAT) à la posture et à la mobilité
Si vous souhaitez faire une demande pour le programme de déficiences auditives et pour le comptoir des aides de suppléances à l'audition (CASA) →→→→→→→→→ ----- Si vous souhaitez <u>uniquement</u> faire une demande pour le comptoir des aides de suppléances à l'audition (CASA) →	Remplir ce formulaire et envoyer votre demande aux 2 adresses ci-dessous : Le guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca et casa.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ----- Consultez la page internet du CASA : https://www.santemonteregie.qc.ca/services/deficience-physique-readaptation-physique/comptoir-des-aides-de-suppléance-laudition-casa
Pour une demande concernant les services de réadaptation pour un de ces motifs →→→→→→→→→→→→→→→ vous n'avez pas à remplir la section 6, MAIS vous devez remplir la fiche complément d'information concernée.	<ul style="list-style-type: none"> – Programme régional de douleurs chroniques – Trouble de traitement auditif (TTA) – PATCom – Conduite automobile

SECTION 1 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE L'USAGER			
Langue (s) parlée (s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Langue des signes (LSQ) <input type="checkbox"/> Autre :			
Langue de préférence pour les communications écrites : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			
Courriel de l'utilisateur (si 14 ans et plus) :			
Occupation de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Autre précisez :			
MILIEU DE VIE ACTUEL			
<input type="checkbox"/> À domicile et habite <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec précisez :			
<input type="checkbox"/> Dans une ressource : <input type="checkbox"/> RI-RTF (Ressource intermédiaire ou de type familiale) <input type="checkbox"/> RPA (résidence personnes âgées) <input type="checkbox"/> CHSLD (Centre d'hébergement) <input type="checkbox"/> Autre précisez :			
Adresse :		Ville :	Code postal :
Tél. Domicile :	Cellulaire :	Travail :	<input type="checkbox"/> ATME/ATS
<input type="checkbox"/> Je communique avec difficulté donc <input type="checkbox"/> Utilisez mon courriel <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas OU <input type="checkbox"/> Je vous autorise à communiquer avec la personne ci-dessous :			
Nom, Prénom :		Lien :	
Numéro de téléphone :			

Nom, Prénom : Erreur ! Source du renvoi introuvable.

SECTION 2 – COORDONNÉES DES PARENTS, DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU PERSONNE LIEN			
Nom, Prénom 1 :		Lien avec l'utilisateur 1 :	
Courriel 1 :			
Adresse 1 :		Ville 1 :	Code postal 1 :
Tél. Domicile 1 :	Cellulaire 1 :	Travail 1 :	<input type="checkbox"/> ATME/ATS
Langue(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres spécifiez :			
Nom, Prénom 2 :		Lien avec l'utilisateur 2 :	
Courriel 2 :			
Adresse 2 :		Ville 2 :	Code postal 2 :
Tél. Domicile 2 :	Cellulaire 2 :	Travail 2 :	<input type="checkbox"/> ATME/ATS
Langue(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres spécifiez :			
Type de garde si parents séparés : <input type="checkbox"/> Légale <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Autre spécifiez :			
Si tuteur légal, spécifiez :			
Cadre légal du placement <input type="checkbox"/> LSSSS (Loi sur les services de santé et services sociaux) <input type="checkbox"/> LPJ (Loi protection de la jeunesse) <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Nom, Prénom de l'intervenant impliqué au dossier :			
Courriel :		No tél. :	

SECTION 3 – RÉGIME DE PROTECTION <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas			
<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Biens	<input type="checkbox"/> Personnes <input type="checkbox"/> Biens et personne
Nom Prénom du répondant :		No téléphone :	
Adresse :		Ville :	Code postal :

SECTION 4 – INFORMATION SUR LES BESOINS *** (Ne pas compléter si vous avez rempli une fiche de complément d'information, voir dans les consignes)
A) Décrivez les difficultés vécues au quotidien (problématiques, impacts, et exemple d'activités de tous les jours qui sont difficiles) :
B) Quels sont les besoins et attentes exprimés par l'utilisateur et sa famille (entourage) ?
C) Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur) ?
D) Quels sont les interventions ou suivis antérieurs (solutions tentées) ? :

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / DIAGNOSTIC (S)	
Diagnostic ou conclusion professionnelle liés(es) à la présente demande :	
Autres diagnostics ou conditions associées :	
Médecin traitant / de famille / pédiatre	
Nom Prénom :	Téléphone :

SECTION 6 – ÉVALUATIONS / SUIVIS ANTÉRIEURS OU À VENIR PERTINENTS À CETTE DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/> Voir document ci-joint (dans ce cas, ne pas remplir le tableau ci-dessous)			
Date	Nom, Prénom du professionnel / médecin / spécialiste Nom de l'établissement/CISSS/CIUSSS	Résultats / Diagnostics	Rapport disponible
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SECTION 7 – IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT OU PERSONNE AYANT REMPLI LA DEMANDE, SI AUTRE QUE L'USAGER		
Nom, Prénom :	Titre professionnel, no permis ou lien :	
Nom du programme et de l'établissement :		
Courriel :		
Adresse :	Ville :	Code postal :
No Téléphone :	No Télécopieur :	
Date réseau pour <u>trajectoire Agir tôt seulement</u> :		

SECTION 8 – AGENT PAYEUR (EN LIEN AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE)		<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
<input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> IVAC <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
Nom, Prénom agent / conseiller :	No dossier :	
Courriel :	No téléphone :	
Si applicable, date de l'accident ou événement :		

SECTION 9 – CONSENTEMENT ET SIGNATURE
<input type="checkbox"/> Je (usager de 14 ans ou plus, parent, représentant légal), confirme avoir été informé de cette référence.
<p>**IMPORTANT : L'usager et le référent recevront par courriel, aux adresses inscrites dans cette demande, une lettre les informant de la décision quant à l'admissibilité de la demande. Advenant que vous n'ayez pas d'adresse courriel, une lettre sera envoyée par la poste si nous avons les coordonnées complètes.</p>

Signature de l'usager : _____ Date : _____

Signature du représentant légal : _____ Date : _____

En cas d'impossibilité à signer le document, l'usager ou son représentant légal a donné son autorisation verbale et l'information a été notée au dossier.

Nom et signature de la personne qui reçoit le consentement verbal : _____ Date : _____

TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE
Par courriel (*à privilégier): guichet-acces.di-tsa-dp.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca
Par télécopieur : 450-635-1865 Par courrier : 27, rue Goodfellow, Delson (Québec) J5B 1V2 Pour complément d'information : 450 635-4779 poste 3029