|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | | | | | | Nom, Prénom : |  | | | | | | | Date de naissance : |  | | | | F  M  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 uniquement faire une demande pour le service des **aides techniques** (SAT) *Ex. : Aide à la posture*  🡪 | Consultez la page internet du [Service d’aides techniques (SAT) à la posture et à la mobilité](https://www.santemonteregie.qc.ca/services/deficience-physique-readaptation-physique/service-daides-techniques-sat-la-posture-et-la) |
| Si vous souhaitez faire une demande pour le programme de **déficience auditive** et pour le comptoir des **aides de suppléances à l’audition** (CASA) 🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪  -------------------------------------  Si vous souhaitez uniquement 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](mailto:guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)  et [casa.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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-suppleance-laudition-casa> |
| Pour une demande concernant les services de réadaptation pour un de ces motifs suivants 🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪🡪**🡪**🡪🡪  **Vous n’avez pas à remplir la section 6, MAIS vous devez remplir la fiche complément d’information concernée.** | * [Programme régional de douleurs chroniques](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Complement_information_douleurs_chroniques.docx) * [Trouble de traitement auditif (TTA)](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Complement_information_trouble%20de%20traitement%20auditif%20(TTA).docx) * [PATCom](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Fiche%20compl%C3%A9ment%20d'information%20PATcom.docx) * [Conduite automobile](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2024/03/cli-60532_complement_information_programme_conduite_auto.docx) |

| **SECTION 1 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE L’USAGER** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Langue (s) parlée (s) :** | Français  Anglais  Langue des signes (LSQ)  Autre spécifiez : | | | | |  |
| **Langue de préférence pour les communications écrites :** | | | | Français  Anglais | | |
| **Courriel de l’usager (si 14 ans et plus) :** | | |  | | | |
| **Occupation de l’usager :** | | Travailleur  Étudiant  Autre précisez : | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MILIEU DE VIE ACTUEL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **À domicile et habite** | | | | | | | | Seul  Avec spécifiez : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dans une ressource :** | | | | | | | | RI-RTF (Ressource intermédiaire ou de type familiale  RPA (résidence personnes âgées | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHSLD (Centre d’hébergement) | | | | | | | | | | | | Autre spécifiez : | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Adresse :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ville :** | |  | | | | | | | | | | | **Code postal :** | |  |
| **Tél. Domicile :** | | | |  | | | | | | | | **Cellulaire :** | | |  | | | | | | **Travail :** | | | |  | | | | | | | | ATME/ATS | |
| **Je communique avec difficulté donc**  Utilisez mon courriel  Ne s’applique pas  **OU**   Je vous autorise à communiquer avec la personne ci-dessous : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom, Prénom :** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Lien** : | |  | | | | | | |
| **Numéro de téléphone :** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 2 – COORDONNÉES DES PARENTS, DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU PERSONNE LIEN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom, Prénom 1  :** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **Lien avec l’usager  :** | | | | | | |  | | | | |
| **Courriel 1 :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse 1 :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Ville 1 :** | | |  | | | | | | | | | | **Code postal 1:** | | |  |
| **Tél. Domicile 1 :** | | | | | |  | | | | | | | **Cellulaire 1:** | | |  | | | | | | | | **Travail 1 :** | | |  | | | | | | ATME/ATS | |
| **Langue(s) :** | | | Français   Anglais    Autres spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom, Prénom 2 :** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Lien avec l’usager  :** | | | | | | |  | | | | |
| **Courriel 2 :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse 2 :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Ville 2 :** | | |  | | | | | | | | | | | **Code postal 2:** | |  |
| **Tél. Domicile 2 :** | | | | | |  | | | | | | **Cellulaire 2:** | | |  | | | | | | **Travail 2 :** | | | | |  | | | | | | | ATME/ATS | |
| **Langue (s) :** | | | Français   Anglais    Autres spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de garde si parents séparés :** | | | | | | | | | | | Légale   Partagée  Autre spécifiez : | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Si tuteur légal, spécifiez :** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cadre légal du placement**  **Ne s’applique pas** | | | | | | | | | | LSSSS (Loi sur les services de santé et services sociaux  LPJ (Loi protection de la jeunesse)  LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre, précisez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom, Prénom de l’intervenant impliqué au dossier :** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Courriel :** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **No tél. :** | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 3 – RÉGIME DE PROTECTION**  **Ne s’applique pas** | | | | | | | | |
| **Privé**  **Public** | | | **Biens**  **Personnes**  **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)*** | | | | |
| 1. **Décrivez les difficultés vécues au quotidien (problématiques, impacts, et exemple d’activités de tous les jours qui sont difficiles) :** | |  | | |
| 1. **Quels sont les besoins et attentes exprimés par l’usager et sa famille (entourage) ?** | | | |  |
| 1. **Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur) ?** |  | | | |
| 1. **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** | | | |
| **Ne s’applique pas**  **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** |
|  |  |  | OUI  NON |
|  |  |  | OUI  NON |
|  |  |  | OUI  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 trajectoire Agir tôt seulement :** | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 8 – AGENT PAYEUR (EN LIEN AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE)**  **Ne s’applique pas** | | | | | | |
| **SAAQ**  **CNESST**  **IVAC**  **Autre, précisez :** | | | |  | | |
| **Nom, Prénom agent / conseiller  :** | |  | | | **No dossier :** |  |
| **Courriel :** |  | | | **No téléphone :** | |  |
| **Si applicable, date de l’accident ou événement :** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 9 – CONSENTEMENT ET SIGNATURE** | | | | |
| **Je (usager de 14 ans ou plus, parent, représentant légal), confirme avoir été informé de cette référence.**  **\*\*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. | | | | |
| **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.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@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 |