



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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PROGRAMME DE RÉADAPTATION | <input type="checkbox"/> SERVICE DES AIDES TECHNIQUES | <input type="checkbox"/> PATCOM |
| <input type="checkbox"/> CONDUITE AUTO | <input type="checkbox"/> AIDE SUPPLÉANCE À L'AUDITION | <input type="checkbox"/> RESSOURCES RÉSIDENIELLES |
| <input type="checkbox"/> ADAPTATION VÉHICULE | <input type="checkbox"/> CLINIQUE DE SPASTICITÉ | |

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ADRESSE DE L'USAGER : _____
N° CIVIQUE RUE APP. VILLE CODE POSTAL

COURRIER LÉGAL ADRESSÉ À (NOM, PRÉNOM) : _____

ADRESSE COURRIER LÉGAL (SI DIFFÉRENTE) : _____
N° 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) : _____ N° CIVIQUE RUE APP. VILLE CODE POSTAL	ADRESSE DE LA MÈRE (SI DIFFÉRENT) : _____ N° CIVIQUE RUE APP. VILLE CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> PRINCIPALE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE	<input type="checkbox"/> PRINCIPALE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE
TÉLÉPHONE PÈRE : RÉSIDENCE : _____ TRAVAIL : _____	TÉLÉPHONE MÈRE : RÉSIDENCE : _____ TRAVAIL : _____
TÉL. AUTRE (SPÉCIFIER) : _____	TÉL. AUTRE (SPÉCIFIER) : _____
<input type="checkbox"/> AUTORISATION DE LAISSER DES MESSAGES	<input type="checkbox"/> AUTORISATION DE LAISSER DES MESSAGES
COURRIEL : _____	COURRIEL : _____
GARDE LÉGALE * : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> RTF (RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL)	<input type="checkbox"/> RI (RESSOURCE INTERMÉDIAIRE)
<input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIER) : _____	
ADRESSE : <u>NO CIVIQUE, RUE, APP, VILLE, CODE POSTAL</u>	TÉLÉPHONE : _____
NOM DU RÉPONDANT : _____	

6. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	
INTERVENANT : _____	TITRE : _____
ADRESSE : <u>NO CIVIQUE, RUE, APP, VILLE, CODE POSTAL</u>	TÉL. : _____

7. RÉGIME DE PROTECTION	
TYPE D'ORDONNANCE _____	
<input type="checkbox"/> PRIVÉ	NOM RÉPONDANT : _____
<input type="checkbox"/> PUBLIC	NOM RÉPONDANT : _____
	TÉL. : _____
	TÉL. : _____

8. RÉGIME D'INDEMNISATION	
DATE DE L'ACCIDENT : <u>AAAA-MM-JJ</u>	<input type="checkbox"/> MSSS _____
<input type="checkbox"/> SAAQ : _____	<input type="checkbox"/> IVAC : _____
NUMÉRO	NUMÉRO
<input type="checkbox"/> AUTRE : _____	<input type="checkbox"/> CSST : _____
NUMÉRO	NUMÉRO
NOM DU CONSEILLER : _____	AGENT D'INDEMNISATION : _____

9. RÉFÉRENCE	
RÉFÉRÉ PAR : _____	TITRE : _____
NOM	TITRE
ÉTABLISSEMENT : _____	
ADRESSE : <u>NO CIVIQUE, RUE, APP, VILLE, CODE POSTAL</u>	
TÉLÉPHONE : _____	DATE : <u>AAAA-MM-JJ</u>

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.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

INSCRIPTION (RÉSERVÉ AU SERVICE DE L'ACCÈS)	
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : <u>AAAA-MM-JJ</u>	NO DE DOSSIER DP : _____
DATE DE DOSSIER COMPLET : <u>AAAA-MM-JJ</u>	
DÉCISION : <input type="checkbox"/> ACCEPTÉE <input type="checkbox"/> REFUSÉE <input type="checkbox"/> RÉFÉRENCE EXTERNE : _____ <input type="checkbox"/> ANNULÉE	
RAISON : _____	
ORIENTATION : UNITÉ ADMINISTRATIVE 3 (UA3) : _____	PROGRAMME/SERVICE (MGF) : _____
CODE HPS 025 : _____	NIVEAU DE PRIORITÉ : <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> ÉLEVÉ <input type="checkbox"/> MODÉRÉ
INTERVENANT : _____	TITRE : _____
SIGNATURE : _____	DATE DE LA DÉCISION : <u>AAAA-MM-JJ</u>