



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 →**

<b>4. AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>	
NOM : _____	LIEN : _____
TÉL. RÉSIDENCE : _____	TÉL. CELLULAIRE : _____

<b>5. AUTRE MILIEU DE VIE</b>	
<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 : _____	

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

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

<b>8. RÉGIME D'INDEMNISATION</b>	
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 : _____

<b>9. RÉFÉRENCE</b>	
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](mailto:guichet-acces.di-tsa-dp.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca)

<b>INSCRIPTION (RÉSERVÉ AU SERVICE DE L'ACCÈS)</b>	
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>