

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICE - JEUNESSE ET ADULTE RÉFÉRENCE VERS CRD

DEMANDE DE SERVICE :

JEUNESSE *(17 ans et moins) ADULTE

LANGUE SOUHAITÉE :

FRANÇAIS ANGLAIS

RÉFÉRENCE DE LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ) incluant les CENTRES JEUNESSES

Campus jeunesse – UNITÉ (si applicable) : _____

Adresse : _____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom : _____ Prénom : _____

Organisation : _____ Téléphone : _____

Autres intervenants au dossier : _____ (nom) _____ (prénom)

COMMENTAIRE :

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adresse : _____

Ville _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone - résidence : _____ Autorisation de laisser un message

Téléphone - travail : _____ Autorisation de laisser un message

Téléphone - Autre : _____ Autorisation de laisser un message

Cellulaire : _____ Autorisation de laisser un message

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'USAGER

Nom et prénom du père : _____ (nom) _____ (prénom)

Langue maternelle : _____ Lieu de naissance : Québec

Autre Précisez : _____

OCCUPATION (section adulte)

Recherche emploi Études/formation temps plein Études/Formation temps partiel

Travail temps complet 35 h et +/sem. Travail temps partiel moins de 35 h/sem. Bénévolat

Congé de maladie, parental ou grève En détention Itinérant

Emploi saisonnier en congé Invalidité/Incapacité de travaille Retraite

Maison à temps plein Autre : _____

SITUATION DE VIE

Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées (famille d'accueil, centre jeunesse, etc.)

Famille monoparentale Couple sans enfant Personne seule

Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ÉTAT CIVIL			
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e)
<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

Avez-vous déjà reçu des services du CRD du CISSMO (Virage ou Foster)	<input type="checkbox"/> Oui → Inscrire le nom du point de service _____
	<input type="checkbox"/> Non

Personne à contacter en cas d'urgence : _____	(nom)	_____	(prénom)
Adresse courriel : _____	Lien avec l'utilisateur : _____		
Numéro téléphone : _____	Cellulaire : _____		

PROBLÉMATIQUE DE L'USAGER RÉFÉRÉ				
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Drogue	<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Jeux de hasard	<input type="checkbox"/> UPI

OUTILS DE DÉTECTION (à joindre au formulaire)			
<input type="checkbox"/> DEP-ADO	<input type="checkbox"/> DÉBA Alcool	<input type="checkbox"/> DÉBA Drogue	<input type="checkbox"/> DÉBA Jeu
_____	_____	_____	_____
Score obtenu	Score obtenu	Score obtenu	Score obtenu

DISPONIBILITÉS DE L'USAGER		
<input type="checkbox"/> Avant-midi	<input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée

COMMENTAIRE :

AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS	
J'autorise _____ à transmettre au Centre de réadaptation en dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest ce formulaire de référence, les outils de détection complétés et toute information pertinente à la référence.	
J'autorise l'intervenant référent à échanger avec l'intervenant du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest des informations concernant le suivi de cette référence.	
CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR 90 JOURS	
Je suis informé que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.	
_____	_____
Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal	aaaa-mm-jj
_____	_____
Signature de l'intervenant référent	aaaa-mm-jj

SVP FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE SIGNÉ AINSI QUE LA COPIE DE L'OUTIL DE DÉTECTION COMPLÉTÉ À L'ACCUEIL CENTRALISÉ DU CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest

Montérégie (francophone – anglophone)	Montréal (anglophone)
Télécopieur : 450 443-0522	Télécopieur : 514 486-2831
Courriel : accueil.dependance.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca	

POUR PLUS D'INFORMATION, JOINDRE L'ACCUEIL CENTRALISÉ

Montérégie (francophone – anglophone)	Montréal (anglophone)
Téléphone de l'accueil centralisé : 450 443-4413	Téléphone : 514 486-1304
Ligne sans frais : 1 866 964-4413	