

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 : _____

COMMENTAIRE :

(nom)

(prénom)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adresse : _____

Ville _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone - résidence : _____ Autorisation de laisser un message Oui Non

Téléphone - travail : _____ Autorisation de laisser un message Oui Non

Téléphone - Autre : _____ Autorisation de laisser un message Oui Non

Cellulaire : _____ Autorisation de laisser un message Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DE L'USAGER

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

Langue maternelle : _____ Lieu de naissance : Québec Autre Précisez : _____

OCCUPATION (section adulte)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche emploi | <input type="checkbox"/> Études/formation temps plein | <input type="checkbox"/> Études/Formation temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Travail temps complet 35 h et +/sem. | <input type="checkbox"/> Travail temps partiel moins de 35 h/sem. | <input type="checkbox"/> Bénévolat |
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie, parental ou grève | <input type="checkbox"/> En détention | <input type="checkbox"/> Itinérant |
| <input type="checkbox"/> Emploi saisonnier en congé | <input type="checkbox"/> Invalidité/Incapacité de travailler | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> Maison à temps plein | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

SITUATION DE VIE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vit avec une ou plusieurs personnes apparentées | <input type="checkbox"/> Vit avec une ou plusieurs personnes non apparentées (famille d'accueil, centre jeunesse, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Famille monoparentale | |
| <input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s) de moins de 18 ans | <input type="checkbox"/> Couple sans enfant <input type="checkbox"/> Personne seule |

Nom :

#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	<input type="checkbox"/> Entourage

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.ciissmo16@ssss.gouv.qc.ca	Courriel : accueil.montreal.dependance.ciissmo16@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	Ligne sans frais : 1 866 851-2255