|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier DP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| D.D.N. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_ |  | | -- |  | -- |  |
| AAAA MM JJ | | | | | | |



\*MCQ00157\*

MCQ00157

**DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**

**Guichet d’accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COORDONNÉES de l’usager** | | | | | | | | | | | | | |
| N.A.M. : | | |  | | | | Expiration : |  | | | Sexe : | | F  M |
| Langue parlée : | | | Français | | Autre : |  | | | | |  | |  |
| Adresse permanente : | | |  | | | | | | | | app. : | |  |
| Ville : | | |  | | | | | | Code postal : | | | |  |
| Tél. résidence : | | |  | | | | Tél. cellulaire : | |  | | | | |
| Tél. travail : | | |  | | | | Conjoint(e): | |  | | | | |
| Courriel : | | |  | | | | Occupation : | |  | | | | |
| **Père :** | | |  | | | | **Mère**: | |  | | | | |
|  | | | Décédé | | Inconnu | |  | | Décédée | | | | Inconnue |
| Garde : | | | Légale | | Partagée | | Garde : | | Légale | | | | Partagée |
| Adresse : | | |  | | | | Adresse : | |  | | | | |
| **Même adresse** | | |  | | | | **Même adresse** | |  | | | | |
| Tél. rés/cell. : | | |  | | | | Tél. rés/cell. : | |  | | | | |
| Tél. travail : | | |  | | | | Tél. travail : | |  | | | | |
| Courriel : | | |  | | | | Courriel : | |  | | | | |
| Si autre titulaire légal, précisez : | | | | |  | | | | | | | | |
| **personne lien ou à contacter si urgence** | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | | | | Lien : | |  | | | | |
| Tél. rés. : | |  | | | | | Tél. cell/travail : | |  | | | | |
| **milieu de vie** | | | | | | | | | | | | | |
| Seul (e)  Avec conjoint (e) | | | | Avec enfant (s)  Avec parent (s) | | | RNI  Résidence privée | | | CHSLD  Résidence d’accueil de type familial  (privée) | | | |
| Autres (précisez) : | | | |  | | | | | | | | | |
| Responsable : | | | |  | | | | | Tél. : | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**Dossier de l’usager**

\*MCQ00157\*

MCQ00157

**Nom, Prénom**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **régime de protection** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Ne s’applique pas* | | | | | | | | | | Répondant | | |  | | | | | | | | |
| Privé  Public | | Biens  Personne | | | Biens et personne | | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | Tél. : | | |  | | | | | | | | |
| **DIAGNOSTIC** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dx principal :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre(s) Dx : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posé le : | | |  | | | Par : | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **NATURE DE LA DEMANDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description de la problématique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Impacts sur la réalisation des habitudes de vie pour la personne et son entourage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SERVICE (S) DEMANDÉ (S)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DI TSA** | Soutien intensif  répit | | | | | | | | | Hébergement  Permanent  Temporaire | | | | | | Intégration travail communautaire  Soutien à la personne | | | | | |
| **DP** | Déficience auditive  ASA (Aides de suppléance à l’audition)  Déficience visuelle  Déficience du langage | | | | | | | | | Déficience motrice  Groupe PASSAGE  Aide à la communication | | | | | | Traumatologie  Conduite automobile  Adaptation de véhicule | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | Contrôle de l’environnement | | | | | | | | | | | |
| **RÉFÉRÉnt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | |  | | | | | | | | | | | Profession : | | | |  | | | |
| Établissement : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | | | | Code postal : | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | |  | | | |
| Courriel : | | |  | | | | | | | | | | | Télécopieur : | | | |  | | | |
| **Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | **No de permis :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | AAAA/MM/JJ | | | | |
| **AGENT PAYEUR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNESST | | | | IVAC | | | | | SAAQ | | | | | | RAMQ | | | | | Facturable | |
| No de dossier : | | |  | | | Agent/conseiller : | | | | | |  | | | | | | | Tél. : | |  |
| Si applicable, événement survenu le : | | | | | | | AAAA/MM/JJ | | | | | | | | | | | | | | |