|  |  |
| --- | --- |
| 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 |