|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  |  |   **Destinataire - Téléphone**   |  |  | | --- | --- | | CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal - 514 524-3288 | À L’USAGE DU GUICHET  Date de réception | | CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal - 514 363-3025, poste 2257 | | CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal - 514 488-5552 poste 1250 | | CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal - 514 384-2000, poste 8332 | | CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal - 514 527-4525 |   **DEMANDE DE SERVICE AU GUICHET D’ACCÈS DI-TSA-DP** |

|  |
| --- |
| **NOTE**  *Tous les champs précédés d’un astérisque (\*) sont obligatoires. Un formulaire incomplet pourrait vous être retourné.*  *Nous vous demandons de remplir le formulaire en lettres moulées s.v.p.* |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION** |

**Identification de l’usager**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*NOM DE FAMILLE | | | | \*PRÉNOM | | |
|  | | | |  | | |
| \*DATE DE NAISSANCE | \*ÂGE | | \*NUMÉRO D’ASSURANCE-MALADIE | | | \*EXPIRATION |
|  |  | |  | | |  |
| \*SEXE : |  | | Féminin | | | Masculin |
| \*LANGUE PARLÉE :  Français | | Anglais | | | Autres : | |
| Langue des signes du Québec (LSQ) | | | | | Langue des signes américaine (ASL) | |
| \*NOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE : | | | | | | |
| \*PRÉNOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE : | | | | | | |
| STATUT CIVIL :  Canadien  Résident permanent  Réfugié  Autre : | | | | | | |

**Milieu de vie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maison/ Appartement | Famille d’accueil | Ressource de type familiale (RTF) |
| Domicile des parents | Ressources intermédiaire (RI) | Centre d’hébergement (CHSLD) |
| Foyer de groupe | Autre : |  |

**Adresse**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la ressource (si pertinent) : | |
| \*Adresse : | \*Appartement : |
| \*Ville : | \*Code postal : |
| \*Téléphone domicile : | ATS/ATME |
| Téléphone cellulaire : | Me rejoindre par texto |
| Téléphone au travail : | Poste : |
| Courriel : | |

**En cas d’urgence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : | |
| Lien : | | Téléphone : | |
| Langue parlée :  Français | Anglais | | Autre : |
| Langue des signes du Québec (LSQ) | | Langue des signes américaine (ASL) | |
| Demande de service d’interprète, Précisez : | | | |
| Nom du parent 1  mère  père : | | Prénom du parent 1  mère  père : | |
| Nom du parent 2  mère  père : | | Prénom du parent 2  mère  père : | |

**Je communique au téléphone avec difficulté, communiquez avec :**

|  |  |
| --- | --- |
| Même personne en cas d’urgence | |
| Nom : | Prénom : |
| Lien : | Téléphone : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Régime d’indemnisation :  CNESSST | SAAQ | | Autre : |
| No de dossier : | | Date de l’accident/évènement : | |
| Agent d’indemnisation : | Téléphone : | | Poste : |
| Conseiller en réadaptation : | Téléphone : | | Poste : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **À COMPLETER SI MAJEUR** | |
| **Occupation :** | Travailleur  Retraité  Sécurité du revenu  Étudiant  Autre, précisez : | |
| **État civil :** | Célibataire  Conjoint de fait  Marié Séparé/Divorcé  Veuve/veuf | |
| **Milieu de vie** **:** | Seul  Avec conjoint(e) Avec parent(s)  Avec enfant(s) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Régime de protection : | Oui | Non | No dossier, si connu : |
| Nom du représentant légal : | |  | Téléphone : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **À compléter si mineur** | | | | | | | | | |
| L’enfant vit avec : | Deux parents | | Mère | | Père | |  | Garde partagée | |
| Autre : | | | | | | | | | |
| Garde Légale : | Deux parents | Père | | Mère | | Garde partagée, modalité : | | | |
| Autre : | | | | | | | | | |
| Cadre légal : | LSSSS | | | LPJ | | | | | LSJPA |

**Coordonnées du titulaire de l’autorité parentale ou du tuteur :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Langue d’usage : | Français | Anglais | | Autre : |
| Langue des signes du Québec (LSQ) | | Langue des signes américaine (ASL) | |
| Tuteur 1: | | Tuteur  2: | | |
| Adresse :  Même adresse que l’usager, sinon : | | Adresse : Même adresse que l’usager sinon : | | |
| Téléphone à domicile : | | Téléphone à domicile : | | |
| Autre no de téléphone | Cellulaire  Travail poste : | Autre no de téléphone | | Cellulaire  Travail poste : |
| Courriel : | | Courriel : | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **\* RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** |  |
| Diagnostic principal : | |
| Précisez : | |
| Date du diagnostic ou de l’évènement : | |
| Autres diagnostics et conditions associées (ex : bactéries mutli-résistantes) : | |
| Précisez : | |
| Nom du/des médecin(s)actif(s) au dossier : | Prénom du/des médecin(s) actif(s) au dossier : |
| Établissements : | |
| Adresse : | |
| \*Téléphone : | Poste : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **\*INFORMATION SUR LA SITUATION** |  |
| État de la situation (problématique et impact) : | |
| Précisez : | |
| Élément déclencheur (pourquoi faire la demande maintenant) : | |
| Précisez : | |
| Besoins exprimés par l’usager et sa famille : | |
| Précisez : | |
| Interventions/suivis antérieurs (solutions tentées) : | |
| Précisez : | |
| Facteurs de risque et de protection (Ex : risques liés à des problématiques de santé mentale et dépendance, idéations suicidaires chez l’usager et/ou le proche aidant, réseau de la personne) : | |
| Précisez : | |
|  | |
| 1. **\*MOTIF DE LA RÉFÉRENCE** |  |
| Précisez : | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **RÉFÉRENT** | |  | | |
| **Nom de la personne ayant complété la demande** | | | | |
| Référent | Famille | | Usager | Autre : |
| \* Nom : | | \* Prénom : | | |
| \*Adresse : | | | | |
| Ville : | | Code postal : | | |
| \*Téléphone : | | Poste : | | |
| Courriel : | |  | | |
| Titre d’emploi : | |  | | |
| \*Établissement : | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \* Signature | Titre professionnel | \* Date (aaaa-mm-jj) |

|  |
| --- |
| **\*Je comprends que les établissements impliqués doivent communiquer entre eux pour faire l’analyse de la demande.**  **\*Je joins le formulaire *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier de l’usager*, même s’il s’agit des échanges d’information entre les anciennes constituantes d’un même CIUSSS.**  **\*Je confirme que les renseignements fournis au formulaire sont exacts et véridiques :** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou consentement verbal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’usager ou de son représentant légal Date (aaaa-mm-jj)

Si l’usager est inapte ou est âgé de moins de 14 ans

**Si l’usager présente une incapacité motrice l’empêchant de signer, veuillez inscrire le motif et faire signer deux témoins**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées et signature du témoin Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées et signature du témoin Date (aaaa-mm-jj)

|  |  |
| --- | --- |
| **7. COORDONNÉES DES GUICHETS D’ACCÈS** |  |
| Pour accéder aux services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l’autisme ou en déficience physique, une demande doit être effectuée au Guichet d’accès DI-TSA-DP du CIUSSS correspondant au lieu de résidence de la personne. Il est également possible de se présenter à l’accueil psychosocial ou à l’accueil centralisé de son CLSC.  Vous trouverez toute l’information pertinente sur le site internet du portail Santé Montréal, dans la section guichet d’accès DI-TSA-DP : <https://www.santemontreal.qc.ca> | |
|  | |
| **Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l’Est-de-l’île-de-Montréal** | |
| 2909, rue Rachel Est, bureau 441, Montréal (Québec) H1W 0A9, Téléphone : 514 524-3288  [guichet.unique.di-tsa-dp.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.unique.di-tsa-dp.cemtl@ssss.gouv.qc.ca), Télécopieur : 514 524-3280 | |
| * CLSC de Mercier-Est-Anjou | * CLSC de St-Léonard |
| * CLSC de l’Est-de-Montréal | * CLSC Hochelaga-Maisonneuve |
| * CLSC de Rivières-des-Prairies | * CLSC Lucille-Teasdale |
| * CLSC de St-Michel | * CLSC de Rosemont |
| * CLSC Olivier-Guimond |  |
| **Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l’île-de-Montréal** | |
| 1425 Jarry Est, Montréal (Québec) H2E 1A7, Téléphone : 514 384-2000, poste 8332  [ga.ditsadp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ga.ditsadp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca), Télécopieur : 514 495-6798 | |
| * CLSC d'Ahuntsic | * CLSC de Bordeaux-Cartierville |
| * CLSC de La Petite-Patrie | * CLSC de Montréal-Nord |
| * CLSC de Saint-Laurent | * CLSC de Villeray |
| **Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l’Ouest-de-l’île-de-Montréal** | |
| 8000, rue Notre-Dame Ouest, Lachine (Québec) H8R 1H2, Téléphone : 514 363-3025, poste 2257  [guichet-acces-di-tsa-dp.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet-acces-di-tsa-dp.comtl@ssss.gouv.qc.ca), Télécopieur : 514 363-3905 | |
| * CLSC de Dorval-Lachine | * CLSC de Pierrefonds |
| * CLSC du Lac-Saint-Louis | * CLSC de Lasalle |
| **Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Ouest-de-l’île-de-Montréal** | |
| 7000, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H4B 1R3, Téléphone : 514 488-5552 poste 1250  [guichet.ditsadp.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.ditsadp.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca), Télécopieur : 514 488-8132 | |
| * CLSC de Benny Farm | * CLSC de Côte-des-Neiges |
| * CLSC Métro | * CLSC de Parc-Extension |
| * CLSC René-Cassin |  |
| **Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Sud-de-l’île-de-Montréal** | |
| 6363, chemin Hudson, Montréal (Québec) H3S 1M9, Téléphone : 514 527-4525  [aeo-ditsadp.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:aeo-ditsadp.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca), Télécopieur : 514 510-2204 | |
| * CLSC des Faubourgs | * CLSC du Plateau-Mont-Royal |
| * CLSC de Saint-Henri | * CLSC Saint-Louis-du-Parc |
| * CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul | * CLSC de Verdun |
|  | |