

**RÉFÉRENCE À L’ACCUEIL PSYCHOSOCIAL – CCSMTL**

**o CLSC secteur Sud-Ouest-Verdun** (Télécopieur : (514) 732-5105
(Adresse courriel : accueil.psychosocial.sov.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

**o CLSC secteur Jeanne-Mance** (Télécopieur : (514) 527-3074
(Adresse courriel : psycho.sg.jmance@ssss.gouv.qc.ca)

|  |
| --- |
| Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Requérant :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Titre d’emploi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Organisme :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordonnées :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Télécopieur ou courriel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autres services impliqués :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| IDENTIFICATION : Usager(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe : o M o FLangue usuelle :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RAMQ  :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’expiration :\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autres membres de la famille si demande familleNom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RAMQ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RAMQ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RAMQ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RÉFÉRENCE :Nature du service demandé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Description des besoins :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Attentes de l’usager ou de la famille :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Disponibilité de l’usager ou de la famille : ¨ Jour\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¨ Soir\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Langue : Français **o** Anglais **o** autre **o**  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Possibilité de laisser un message **o**\* Vous pouvez joindre à cette référence tout autre document jugé pertinent. |
| CONSENTEMENTJ’accepte l’échange d’informations verbale ou écrite entre l’organisme et le CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L’ILE-DE-MONTRÉAL afin d’obtenir des services adaptés à mes besoins.Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature de(s) l’usager(s) (14 ans+) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature et titre d’emploi :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |