

Destinataire - Téléphone

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - 514 524-3288
- 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

À L'USAGE DU GUICHET

Date de réception

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'utilisateur

*NOM DE FAMILLE		*PRÉNOM	
*DATE DE NAISSANCE	*ÂGE	*NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	*EXPIRATION
*SEXE :		<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
*LANGUE PARLÉE : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres :			
<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ)		<input type="checkbox"/> Langue des signes américaine (ASL)	
*NOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE :			
*PRÉNOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE :			
STATUT CIVIL : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre :			

Milieu de vie

<input type="checkbox"/> Maison/ Appartement	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Ressource de type familiale (RTF)
<input type="checkbox"/> Domicile des parents	<input type="checkbox"/> Ressources intermédiaire (RI)	<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (CHSLD)
<input type="checkbox"/> Foyer de groupe	<input type="checkbox"/> Autre :	

Adresse

Nom de la ressource (si pertinent) :	
*Adresse :	*Appartement :
*Ville :	*Code postal :
*Téléphone domicile :	<input type="checkbox"/> ATS/ATME
Téléphone cellulaire :	<input type="checkbox"/> Me rejoindre par texto
Téléphone au travail :	Poste :
Courriel :	

Nom :

Prénom :

Date naissance :

En cas d'urgence

Nom :	Prénom :
Lien :	Téléphone :
Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ)	<input type="checkbox"/> Langue des signes américaine (ASL)
<input type="checkbox"/> Demande de service d'interprète, Précisez :	
Nom du parent 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :	Prénom du parent 1 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :
Nom du parent 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :	Prénom du parent 2 <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père :

Je communique au téléphone avec difficulté, communiquez avec :

<input type="checkbox"/> Même personne en cas d'urgence	
Nom :	Prénom :
Lien :	Téléphone :

Régime d'indemnisation : <input type="checkbox"/> CNESSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Autre :		
No de dossier :	Date de l'accident/événement :	
Agent d'indemnisation :	Téléphone :	Poste :
Conseiller en réadaptation :	Téléphone :	Poste :

2. À COMPLETER SI MAJEUR

Occupation :	<input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sécurité du revenu <input type="checkbox"/> Étudiant
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
État civil :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé/Divorcé
	<input type="checkbox"/> Veuve/veuf
Milieu de vie :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Avec parent(s) <input type="checkbox"/> Avec enfant(s)

Régime de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	No dossier, si connu :
Nom du représentant légal :	Téléphone :

À compléter si mineur

L'enfant vit avec : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde partagée
<input type="checkbox"/> Autre :
Garde Légale : <input type="checkbox"/> Deux parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Garde partagée, modalité :
<input type="checkbox"/> Autre :
Cadre légal : <input type="checkbox"/> LSSSS <input type="checkbox"/> LPJ <input type="checkbox"/> LSJPA

Nom :

Prénom :

Date naissance :

Coordonnées du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur :

Langue d'usage :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ)	<input type="checkbox"/> Langue des signes américaine (ASL)	
Tuteur 1:	Tuteur 2:		
Adresse : <input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur, sinon :	Adresse : Même adresse que l'utilisateur sinon :		
Téléphone à domicile :	Téléphone à domicile :		
Autre no de téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire	Autre no de téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire
	<input type="checkbox"/> Travail poste :		<input type="checkbox"/> Travail poste :
Courriel :	Courriel :		

3. * 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 :

4. *INFORMATION SUR LA SITUATION

État de la situation (problématique et impact) :
Précisez :
Élément déclencheur (pourquoi faire la demande maintenant) :
Précisez :
Besoins exprimés par l'utilisateur 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'utilisateur et/ou le proche aidant, réseau de la personne) :
Précisez :

Nom :

Prénom :

Date naissance :

5. *MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

Précisez :

6. 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 <input type="text"/>	Titre professionnel <input type="text"/>	* Date (aaaa-mm-jj) <input type="text"/>
----------------------------------	--	--

*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
Si l'usager est inapte ou est âgé de moins de 14 ans

_____ Date (aaaa-mm-jj)

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)

Nom :

Prénom :

Date naissance :

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, Télécopieur : 514 524-3280

- CLSC de Mercier-Est-Anjou
- CLSC de l'Est-de-Montréal
- CLSC de Rivières-des-Prairies
- CLSC de St-Michel
- CLSC Olivier-Guimond
- CLSC de St-Léonard
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Lucille-Teasdale
- CLSC de Rosemont

Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal

1165, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec) H2C 3K2, Téléphone : 514 384-2000, poste 8332
ga.ditsadp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca, Télécopieur : 514 381-8036

- CLSC d'Ahuntsic
- CLSC de La Petite-Patrie
- CLSC de Saint-Laurent
- CLSC de Bordeaux-Cartierville
- CLSC de Montréal-Nord
- 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, Télécopieur : 514 363-3905

- CLSC de Dorval-Lachine
- CLSC du Lac-Saint-Louis
- CLSC de Pierrefonds
- 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, Télécopieur : 514 488-8132

- CLSC de Benny Farm
- CLSC Métro
- CLSC René-Cassin
- CLSC de Côte-des-Neiges
- CLSC de Parc-Extension

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
aéo-ditsadp.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca, Télécopieur : 514 510-2204

- CLSC des Faubourgs
- CLSC de Saint-Henri
- CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul
- CLSC du Plateau-Mont-Royal
- CLSC Saint-Louis-du-Parc
- CLSC de Verdun