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

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

**Destinataire - Téléphone**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal - 514 524-3288  | À L’USAGE DU GUICHETDate 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 |
| [x]  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 : Je souhaite recevoir des services du programme TEVA-DP du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour: |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 : 514 524-3288guichet.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**  |
| 1165, boul. Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec) H2C 3K2, Téléphone : 514 384-2000, poste 8332ga.ditsadp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca, Télécopieur : 514 381-8036 |
| * 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 2257guichet-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 1250guichet.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 : 514 527-4525aeo-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
 |
|  |