

# DEMANDE DE SERVICES POUR LES ADULTES (18 ET PLUS)

Date de la demande :

Renseignements personnels (personne acheminée)			
Prénom :	Nom de famille :	Second prénom :	Date de naissance : (mm/dd/yyyy)
Nom de fille :	Autre(s) nom(s) de famille utilisé(s) :		Identité de genre :
Adresse (y compris l'adresse postale) :			État matrimonial :
Ville :	Code postal :	# de téléphone :	Courriel/autre # de téléphone (préciser) :
Diagnostic :			
<b>IMPORTANT</b> : Il nous faut 2 documents professionnels confirmant votre âge et adresse tels qu'un certificat de naissance, carte-photo de l'Ontario valide, passeport canadien, permis de conduire, facture de services publics, avis de cotisation de l'impôt sur le revenu, etc.			

Auteur de la demande (personne qui soumet la demande)	
Nom de l'auteur de la demande :	Organisme ou lien de parenté :
Adresse au complet :	# de téléphone :

Motif de l'acheminement (nature du problème)
Pourquoi acheminez-vous cette personne au Centre? Quelle est la nature exacte du problème?

Programmes offerts par le Centre	Services demandés
Services cliniques et services de soutien	<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique <input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> Consultation en comportement
Programme de relève familiale pour les adultes ayant des déficiences intellectuelles	<input type="checkbox"/> Foyer de relève familiale du Centre
Programme foyers-familles	<input type="checkbox"/> Placement
Services de relève indépendants	<input type="checkbox"/> Fonds pour des services de relève à domicile

<b>IMPORTANT</b>
Pour que nous puissions traiter votre demande en temps opportun, vous devez remplir le présent formulaire et nous le retourner dans un délai de 2 mois, faute de quoi nous concluons que nos services ne sont plus requis. Nous vous demandons d'y inclure toute documentation qui pourrait nous aider, notamment : évaluations psychologiques ou psycho-éducatives antérieures, évaluations psychiatriques, bulletins/relevés de notes, plans d'éducation individuels, rapports individuels d'un comité de placement et d'examen, dossiers médicaux et toute information pertinente concernant les besoins de la personne acheminée en matière de développement.



Plus proche parent (parent, tuteur, etc.)			
Nom :		Lien avec la personne :	
Adresse (y compris l'adresse postale) :		Même adresse que celle de la personne acheminée <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Par mariage <input type="checkbox"/> Par adoption <input type="checkbox"/> Tuteur	
Ville :	Code postal :	Téléphone (maison) :	Courriel/autre # de téléphone (préciser) :
Nom :		Lien avec la personne :	
Adresse (y compris l'adresse postale) :		Même adresse que celle de la personne acheminée <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Par mariage <input type="checkbox"/> Par adoption <input type="checkbox"/> Tuteur	
Ville :	Code postal :	Téléphone (maison) :	Courriel/autre # de téléphone (préciser) :

Antécédents des frères et soeurs (s'il y a lieu)			
Nom des frères et soeurs			
Date de naissance			
Problèmes			
Réussites			

Langue	
Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services?	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Quelle est la langue parlée à la maison?	<input type="checkbox"/> Français seulement <input type="checkbox"/> Anglais seulement <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Autre
Personne acheminée Langue maternelle (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>	Personne acheminée Langue seconde (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>
Mère Langue maternelle (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>	Mère Langue seconde (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>
Père Langue maternelle (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>	Père Langue seconde (français) <input type="checkbox"/> (anglais) <input type="checkbox"/> _____ (autre) <input type="checkbox"/>
Préférence pour la correspondance et la documentation :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais



**Est-ce que la personne acheminée reçoit présentement ou attend de recevoir d'autres services?**

SERVICES PRÉSENTEMENT REÇUS			LISTE D'ATTENTE	
Organisme	Nom	Service	Organisme	Service

**La personne acheminée a-t-elle reçu d'autres services dans le passé?**

- Orthophonie     Physiothérapie     Ergothérapie     Psychiatrique     Psychologique  
 Thérapie individuelle     Correctionnel     Counselling familiale

**Documentation pertinente à obtenir pour déterminer l'admissibilité aux services :**

**Évaluation formelle** (psychologique, psycho-éducationnelle, psychiatrique)  Non  Oui

Si la réponse est oui, indiquez le nom de l'organisme : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres** (dossiers médicaux)  Non  Oui

Si la réponse est oui, précisez le nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Langage	
La personne peut-elle comprendre ce qu'on lui dit?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle s'exprimer clairement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle écrire des phrases complètes en caractères d'imprimerie ou en cursive?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle lire des journaux, des revues et des livres?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Aptitudes à la vie quotidienne	
Est-ce que la personne vit seule?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle effectuer des tâches ménagères (préparer des repas complets, nettoyer)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle gérer ses finances sans aide (compte bancaire, paiement des factures)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle acheter ses propres choses?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle se déplacer dans la communauté (aller au cinéma, au restaurant elle-même)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Socialisation	
La personne sait-elle lire l'heure?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle être fidèle à ses rendez-vous?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne peut-elle gérer ses propres sentiments?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne a-t-elle un groupe d'amis?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne a-t-elle un meilleur ami ou une meilleure amie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
La personne a-t-elle un petit ami ou une petite amie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

<b>La personne acheminée a-t-elle des enfants?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si la réponse est oui,			
<b>Nom de l'enfant ou des enfants</b>			
<b>Date de naissance</b>			
<b>Problèmes/réussites</b>			
<b>Mère de l'enfant</b>			
<b>Père de l'enfant</b>			

<b>Problèmes physiques</b>	
Examen de l'ouïe <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Examen de la vue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>Résultats</b>	<b>Résultats</b>

<b>Professionnels de la santé (médecin de famille, spécialiste, psychiatre, etc.)</b>	
Nom : Spécialité : Adresse :	Nom : Spécialité : Adresse :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Nom : Spécialité : Adresse :	Nom : Spécialité : Adresse :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :

<b>Médicaments (s'il y a lieu)</b>		
Nom du médicament	Posologie	Raison
Qui a prescrit le médicament?		

<b>Consentement</b>	
Consentez-vous à recevoir des services?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que vous nous donnez la permission d'informer l'auteur de la demande (s'il y a lieu) du statut de la demande?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>Signature de la personne acheminée :</b>	<b>Date:</b>

