**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 :** | | | | | | | | |
| **IMPORTANT :** 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 | 🞎Évaluation psychologique 🞎Counselling  🞎Consultation en comportement |
| Programme de relève familiale pour les adultes ayant des déficiences intellectuelles | 🞎Foyer de relève familiale du Centre |
| Programme foyers-familles | 🞎Placement |
| Services de relève indépendants | 🞎Fonds pour des services de relève à domicile |

|  |
| --- |
| **I M P O R T A N T** |
| 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 conclurons que nos services ne sont plus requis. Nous vous demandons d’y inclure toute documentation qui pourrait nous aider, notamment : évaluations psychologiques ou psycho-éducationnelles 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. |



775 rue Campbell, Cornwall, Ontario K6H 7B7

**Tél.:** (613) 937-3072 1-800-267-1724 **Téléc.:** (613) 937-4550 [www.inspire-sdg.ca](http://www.inspire-sdg.ca)

Page 2 de 6

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**🞎 | | | | | 🞎Biologique 🞎Par mariage  🞎Par adoption 🞎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**🞎 | | | | | 🞎Biologique 🞎Par mariage  🞎Par adoption 🞎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 sœurs** |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |
| **Problèmes** |  |  |  |
| **Réussites** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Langue** | |
| Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services? 🞎Français 🞎Anglais | |
| Quelle est la langue parlée à la maison? 🞎Français seulement 🞎Anglais seulement 🞎Les deux 🞎Autre | |
| Personne acheminée Langue maternelle (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autre)🞎 | Personne acheminée Langue seconde (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(autre)🞎 |
| Mère Langue maternelle (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autre)🞎 | Mère Langue seconde (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autre)🞎 |
| Père Langue maternelle (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autre)🞎 | Père Langue seconde (français)🞎  (anglais)🞎  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (autre)🞎 |
| **Préférence pour la correspondance et la documentation :** 🞎Français 🞎Anglais | |

Page 3 de 6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\* \* \* T R È S I M P O R T A N T \* \* \*** | | | |
| **Antécédents scolaires —** **noms et emplacements au complet de tous les établissements d’enseignement fréquentés** | | | |
| **Nom de l’école fréquentée présentement :** | **Niveaux d’études actuel :** | **Type de programme :**  🞎50/50 🞎Immersion 🞎Programme cadre  🞎Vie et apprentissage 🞎Travail-études  🞎Ressources 🞎Enfance en difficulté  🞎 | |
| **Nom de l’école fréquentée antérieurement :** | **Niveaux d’études terminés :**  De  À | **Type de programme :**  🞎50/50 🞎Immersion 🞎Programme cadre  🞎Vie et apprentissage 🞎Travail-études  🞎Ressources 🞎Enfance en difficulté  🞎 | |
| **Nom de l’école fréquentée antérieurement :** | **Niveaux d’études terminés :**  De  À | **Type de programme :**  🞎50/50 🞎Immersion 🞎Programme cadre  🞎Vie et apprentissage 🞎Travail-études  🞎Ressources 🞎Enfance en difficulté  🞎 | |
| **Nom de l’école fréquentée antérieurement :** | **Niveaux d’études terminés :**  De  À | **Type de programme :**  🞎50/50 🞎Immersion 🞎Programme cadre  🞎Vie et apprentissage 🞎Travail-études  🞎Ressources 🞎Enfance en difficulté  🞎 | |
| Comité d’identification, de placement et de révision **(CIPR)** : 🞎Non 🞎Oui | | | Plan d’éducation individuel **(PEI)** :  🞎Non 🞎Oui |
| La personne acheminée a-t-elle doublé une année? (s’il y a lieu)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antécédents de travail** (adulte acheminé) | | | |
| La personne a-t-elle présentement un emploi?    🞎Non 🞎Oui  Si la réponse est oui, où travaille-t-elle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date du début de l’emploi :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Si la personne n’a pas un emploi, indiquez la source de revenu :  🡪Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (prestations d’invalidité)  🞎Retard du développement  🞎Trouble physique 🞎Trouble psychiatrique  🡪Commission de l’assurance-emploi du Canada (prestations)🞎  🡪Ontario au travail🞎 Travail obligatoire🞎  Personne-ressource :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ontario au travail  🡪Indemnisation des accidents du travail🞎 | |
| Nom du dernier employeur : | | | |
| Poste : | Durée : | | Raison : |

**Est-ce que la personne acheminée a un permis de conduire?** 🞎Non 🞎Oui

**Si la réponse est oui, depuis quand?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page 4 de 6

**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? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne peut-elle s’exprimer clairement? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne peut-elle écrire des phrases complètes en caractères d’imprimerie ou en cursive? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne peut-elle lire des journaux, des revues et des livres? | 🞎Non 🞎Oui |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Socialisation** | |
| La personne sait-elle lire l’heure? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne peut-elle être fidèle à ses rendez-vous? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne peut-elle gérer ses propres sentiments? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne a-t-elle un groupe d’amis? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne a-t-elle un meilleur ami ou une meilleure amie? | 🞎Non 🞎Oui |
| La personne a-t-elle un petit ami ou une petite amie? | 🞎Non 🞎Oui |

Page 5 de 6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **La personne acheminée a-t-elle des enfants?** 🞎Non 🞎Oui Si la réponse est oui, | | | |
| **Nom de l’enfant ou des enfants** |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |
| **Problèmes/réussites** |  |  |  |
| **Mère de l’enfant** |  |  |  |
| **Père de l’enfant** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Problèmes physiques** | |
| Examen de l’ouïe 🞎Non 🞎Oui | Examen de la vue 🞎Non 🞎Oui |
| **Résultats** | **Résultats** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Professionnels de la santé** (médecin de famille, spécialiste, psychiatre, etc.) | |
| Nom :  Spécialité :  Adresse :  Numéro de téléphone : | Nom :  Spécialité :  Adresse :  Numéro de téléphone : |
| Nom :  Spécialité :  Adresse :  Numéro de téléphone : | Nom :  Spécialité :  Adresse :  Numéro de téléphone : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médicaments** (s’il y a lieu) | | |
| Nom du médicament | Posologie | Raison |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Qui a prescript le médicament? | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consentement** | |
| Consentez-vous à recevoir des services? | 🞎Non 🞎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? | 🞎Non 🞎Oui |
| **Signature de la personne acheminée : Date:** | |

Page 6 de 6

|  |
| --- |
| **Commentaires**  (veuillez inclure toute préoccupation concernant le comportement, toute observation  ou toute autre information pertinente, etc.) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

:ac – h:\user\anne\new forms\demande de services pour les adultes (18 ans et plus) - juil 2020.docx