|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du programme-service de la ressource :** | | Soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA) | | | | | |
| Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l’autisme et déficience physique | | | | | |
| Direction de la protection de la jeunesse | | | | | |
| Santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux | | | | | |
| **IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI)** | | | | | | | |
| **Nom de la ressource :** | | | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | **No de téléphone :** | |  |
| **Ville** |  | | | | **Code postal :** | |  |
| **Nom de la (des) personne(s) responsable(s)** | | | **No de téléphone** | **No de cellulaire** | | **Langue(s) parlée(s)** | |
|  | | |  |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (RTF)** | | | | | | | | |
| **Nom de la (des) personne(s) responsable(s) :** | | | | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | | | | |
| **Ville** |  | | | | | **Code postal :** | |  |
| **No de téléphone** | | **No de cellulaire** | **Langue(s) parlée(s)** | **Sexe** | **Âge** | | **Appartenance ethnique et religion** | |
|  | |  |  | **F   M** |  | |  | | |

|  |
| --- |
| **HISTORIQUE DE LA PRESTATION DE SERVICES** |
| **Offre des services depuis le :** |
| **Est-ce que des événements ont eu des impacts sur la prestation de services de soutien ou d’assistance et des autres services rendus par la ressource (maladie, deuil, déménagement, etc.).  non  oui** |
| **Si oui, lesquels?** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTENTE SPÉCIFIQUE OU PARTICULIÈRE** | | | | | |
| **Nombre de places régulières :** |  | **Nombre de places sous clause alternative :** |  | **Nombre de places disponibles :** |  |
| **Association représentative :** | ARIHQ  FSSS-CSN  FFARIQ  non représentée  autres, précisez : | | | | |
| **Type de clientèle :** | enfant  jeune en difficulté  trouble du spectre de l’autisme   santé mentale  déficience physique  personnes âgées  dépendance  déficience intellectuelle  autres | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTENTE SPÉCIFIQUE OU PARTICULIÈRE (suite)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Possibilité d’ajout de clientèle :  oui  non  Si oui, laquelle (lesquelles) : | | | | | | | Possibilité d’augmenter le nombre de places : | | | | | | | | |
| non  oui : | | Nombre de places possibles : | | | |  | |  |
| Interventions nécessaires : | | | |  | |  |
|  | |
| **Date de signature** | | | **Durée** | | | | **Date de fin** | | | | **Nombre de renouvellements** | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |
| **INFORMATIONS SUR LES DERNIÈRES INTÉGRATIONS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si des intégrations ont lieu de façon régulière, il n’est pas nécessaire d’inscrire la date de la dernière intégration.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date** | **Déroulement :** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| **COMPÉTENCES DE LA RESSOURCE**  **(aptitudes, habiletés, connaissances et formations)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ORGANISATION DU MILIEU DE VIE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vision, valeurs de la ressource, organisation de travail (employés, horaire de travail, etc.)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTICULARITÉS DE LA CLIENTÈLE ACTUELLEMENT HÉBERGÉE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Ex. : présence de troubles de comportement, potentiel agressif, errance, bon profil d’autonomie, bien intégrée dans la communauté, peu d’interaction, etc.*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET GÉOGRAPHIQUE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Ex. : situation géographique, accessibilité aux services, grandeur des aires communes, nombre de paliers, emplacement des chambres à coucher, aménagement du milieu concernant la sécurité (présence de demi-porte, caméra de surveillance, bracelet anti-fugue, etc.)*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Le milieu est-il adapté pour recevoir un usager à mobilité réduite ou en fauteuil roulant?**  non | | | | | | | | | | | | | | | |
| oui, précisez :  Rampe d’accès  Ascenseur  Lève-personne  Corridor de 48 pouces  Civière-douche  Chaise-levier  Mains courantes  Portes extérieures et intérieures de 36 pouces de largeur | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salle(s) de bain adaptée(s), nombre : | | | | |  |  | | Chambre(s) de 120 pieds carrés, nombre : | | | | |  |  | |
| Autres adaptations physiques : | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **COMMENTAIRES** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Intervenant RI-RTF :** | |  | | | | | | | | **DATE :** | |  | | | |