**FORMULAIRE DE PLACEMENT RI-RTF**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’USAGER** |
| Nom : |  | No dossier : |  |
| Prénom : |        | No bande : |  |
|  |  | (si autochtone) |  |
| Date naissance : |      /    /    | No assurance maladie : |        | Sexe : | [ ]  F  | [ ]  M  |
|  |  |  |  |  |
| **CONTRIBUTION DE L'USAGER** |
| Usager prestataire d’une aide financière de dernier recours ? | [ ]  Oui [ ]  Non  |
| *Si oui, cochez la catégorie* 🡺 | [ ]  Solidarité sociale – CSE – critères particuliers |
|  | [ ]  Solidarité sociale – contraintes sévères (CSE) |
|  | [ ]  Aide sociale – contraintes temporaires à l’emploi |
|  | [ ]  Aide sociale – sans contraintes à l’emploi |
| **Pour un usager en Ressource intermédiaire (RI)** |
| Pronostic de réintégration : | [ ]  Moins de 2 ans [ ]  2 ans et plus |
| **DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT** |
|  |  |  |
|  | Numéro de dossier du curateur |  |
| [ ]  **Curateur public** |       |  |
|  |  |  |
|  | Prénom et nom de la personne représentant l'usager |
| [ ]  **Représentant** |       |
|  | Adresse de correspondance |  |
| [ ]  **Représentant légal** | Numéro | Rue | Appartement |
|  |       |       |       |
|  |  |  |
|  | Ville | Code postal |
|  |       |       |
|  |  |
|  | Téléphone au domicile | Téléphone au travail | Poste | Cellulaire | Langue de correspondance |
|  |       |       |       |       | [ ]  Français [ ]  Anglais |
|  |
| **PLACEMENT  [ ]  DÉPLACEMENT [ ]  FIN DE PLACEMENT [ ]**  | **DÉCÈS [ ]** Date : |  |
| Type : | [ ]  Continu | [ ]  Intermittent | [ ]  Complémentaire | [ ]  Répit |
| De : |       |  | Du : |       |       |
|  |  |  |  | (aaaa-mm-jj) | (heure) |
| À : |       |  | Au : |       |       |
|  |  |  |  | (aaaa-mm-jj) | (heure) |
| **COMMENTAIRES** |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | / |       |  |       | / |       |
| Nom de l'intervenant usager | Date |  | Nom de l'intervenant RI-RTF | Date |

DRFL-089 20190115 - révisé