

FORMULAIRE DE PLACEMENT RI-RTF

IMPORTANT : Compléter tous les champs du formulaire selon la situation

IDENTIFICATION DE L'USAGER					
Nom : _____		No dossier : _____			
Prénom : _____		N° bande : _____ (si autochtone)			
Date naissance : _____ (aaaa-mm-jj)		N° assurance maladie : _____		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
CONTRIBUTION DE L'USAGER					
Usager prestataire d'une aide financière de dernier recours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, cochez la catégorie → Revenu de base (CSE plus de 66 mois) Si « Oui » il vous faudra fournir la preuve du revenu					
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 : <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2 ans et plus Pour plus d'information : Cliquer ici					
DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT (aspect financier - administration)					
<input type="checkbox"/> Tutelle public	Numéro de dossier du curateur				
<input type="checkbox"/> Représentant	Prénom et nom de la personne représentant l'usager				
<input type="checkbox"/> Aucun représentant	Adresse de correspondance				
	Numéro		Rue	Appartement	
	Ville			Code postal	
	Téléphone au domicile	Téléphone au travail	Poste	Cellulaire	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
MOUVEMENTS					
PLACEMENT	DÉPLACEMENT	Date : _____	Date de remise du sommaire à la ressource : _____		
TYPE : Continu	Répit	(aaaa-mm-jj)			
DE : Lieu de provenance					
À : Nom du milieu d'accueil					
FIN DE PLACEMENT		* Chambre libérée le :		* Afin de permettre l'intégration d'un nouvel usager	
DÉCÈS		Date : _____			
COMMENTAIRES					

Nom de l'intervenant usager

Date

Nom de l'intervenant RI-RTF

Date