



**la maison  
réalité**

## **Demande de services**

- Programme Hébergement**
  - Programme Appartement transitoire** (par appel de candidature seulement)
  - Programme Soutien dans la communauté**
  - Programme d'activités éducatives et récréatives le Café le rendez-vous**
- 

### **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Langue (s) parlée (s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

# Téléphone : \_\_\_\_\_ (*peut-on laisser un message?*) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

# Assurance maladie : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_

Problème de santé mentale : \_\_\_\_\_

Problème de santé physique : \_\_\_\_\_

Allergies connues : \_\_\_\_\_

### **OBJECTIFS DE LA DEMANDE**

**Situation actuelle :**

---

---

---

---

**Motif de la demande :**

---

---

---

---

**Les objectifs que je souhaite travailler:**

---

---

---

---

---

**Les besoins et attentes exprimés par vos proches (si applicable) :**

---

---

---

**Les besoins et attentes exprimés par votre intervenant (si applicable):**

---

---

---

**RÊVES, FORCES ET DÉFIS**

**Mes projets de vie, buts, rêves et aspirations :**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

**Mes forces, qualités et habiletés :**

---

---

---

**Mes limites et défis :**

---

---

---

## SERVICES ACTUELS

	Noms	Organisme	Numéro de téléphone
<b>Psychiatre</b>			
<b>Médecin famille</b>			
<b>Spécialiste</b>			
<b>Intervenant(e) pivot</b>			
<b>Autres Intervenants</b>			
	Noms	Lien de parenté	Numéro de téléphone
<b>Réseau naturel (personnes proches)</b> (famille, amis etc.)			

## AUTRES DÉFIS RENCONTRÉS

	Oui	Non	Précisions
Dépendance (Alcool, drogues, jeu, etc.)			
Déficience intellectuelle			
Trouble envahissants du développement			
Troubles d'apprentissages			
Trauma crânien ou syndrome organique			
Trouble d'adaptation			
Agressivité/ Violence			
Itinérance			
Autres			

## OBLIGATIONS LÉGALES (S.V.P. joindre les documents à la demande)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAQ                      | <input type="checkbox"/> Fiducie   |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement | <input type="checkbox"/> Curatelle |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance d'hébergement | <input type="checkbox"/> Tutelle   |
| <input type="checkbox"/> Probation                |                                    |

**Autres éléments importants à communiquer :**

---

---

---

**Autres documents annexés à la demande :**

---

---

---

**INTERVENANT RÉFÉRANT (si applicable):**

*Nom :* \_\_\_\_\_

*Numéro de téléphone :* \_\_\_\_\_

*En signant ce document, vous acceptez que l'on communique votre nom, date de naissance et la fréquence de vos rencontres à notre bailleur de fonds, le CISSSO.*

**Signature du client :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature de la coordonnatrice :** \_\_\_\_\_

**Date de réception de la demande :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Faire parvenir votre demande à l'intention de la coordonnatrice de la  
Maison Réalité Inc.**

Téléphone : 819 776-1214, extension 223

Télécopieur : 819 776-5955

Courriel : [coordo@maisonrealite.org](mailto:coordo@maisonrealite.org)

Adresse : 10 rue Jeanne D'Arc  
Gatineau (Québec) J8Y 2H2

*\*Nous assurons un premier contact téléphonique dans les trente jours suivant la réception de la demande\**