



## Demande de services

- Programme Hébergement
  - 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**

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

## **AUTRES DÉFIS RENCONTRÉS**

	Oui	Non	Précisions
Dépendance (Alcool, drogues, jeu, etc.)			
Déficiences intellectuelles			
Troubles envahissants du développement			
Troubles d'apprentissage			
Trauma crânien ou syndrome organique			
Trouble d'adaptation			
Aggressivité/ Violence			
Itinérance			
Autres			

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

- TAQ
- Ordonnance de traitement
- Ordonnance d'hébergement
- Probation
- Fiducie
- Curatelle
- Tutelle **DOCUMENTS À ANNEXER À LA DEMANDE**

- Évaluation psychiatrique la plus récente (**obligatoire**)
- Évaluation en ergothérapie
- Évaluation psychosociale
- Profil pharmacologique (**obligatoire**)
- Jugement d'ordonnance de traitement et/ou d'hébergement
- Jugement du tribunal administratif du Québec
- Jugement de régime de protection
- Autres : \_\_\_\_\_

**INTERVENANT RÉFÉRANT (si applicable) :**

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

**Programme/service/Type de suivi :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_

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

***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 : 819 771-7272, extension 222

Télécopieur : 819 776-5955

Courriel : [coordo\\_crv@maisonrealite.org](mailto:coordo_crv@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\****