

## Formulaire de début de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement

Prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

### 1 – Renseignements sur l'identité

Nom de famille	Prénom
Numéro de dossier (CP12)	

### 2 – Renseignements sur la ressource

Nom de la ressource
---------------------

### 3 – Évaluation

Date d'entrée au centre : 

Année	Mois	Jour			

Une évaluation a été effectuée le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
à l'aide du ou des outils d'évaluation suivants : Date Nom de l'intervenant

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> IGT, indice de gravité d'une toxicomanie        | <input type="checkbox"/> RESO, évaluation des besoins en réinsertion sociale                              |
| <input type="checkbox"/> ETA, évaluation de la toxicomanie chez l'adulte | <input type="checkbox"/> NID-EP, niveau de désintoxication, évaluation par les intervenants psychosociaux |
| <input type="checkbox"/> G-CAD, gestion de clients avec dépendance       | <input type="checkbox"/> GAIN, _____<br><span style="float: right;">Nom du centre</span>                  |

L'évaluation réalisée atteste la présence d'une problématique de consommation requérant, pour le traitement de la personne, des services avec hébergement. La durée prévue des services avec **hébergement** est de \_\_\_\_\_ jours.  
Nombre

### 4 – Services offerts

Le ou les types de services qui seront offerts à la personne :

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication ou aide et soutien à la désintoxication |
| <input type="checkbox"/> Thérapie  |
| <input type="checkbox"/> Réinsertion sociale   |

**Préciser la durée prévue**

▶	_____ jours
	Nombre
▶	_____ jours
	Nombre
▶	_____ jours
	Nombre

Est-ce que le séjour est effectué dans le cadre du Programme de traitement de la toxicomanie sous la supervision de la Cour du Québec?

Oui  Non Date de début du séjour: 

Année	Mois	Jour			

Je déclare avoir reçu la formation nécessaire pour utiliser le ou les outils ayant servi à faire cette évaluation.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature de l'intervenant

Je confirme que l'intervenant mentionné ci-dessus a reçu la formation nécessaire pour faire cette évaluation.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature du coordonnateur

I hereby authorize the caseworker to provide the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale with the information needed to pay the special benefit for living expenses during stays in a drug addiction treatment centre (with accommodation).

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of the person receiving services

I hereby authorize the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale to pay the special benefit for living expenses during stays in a drug addiction treatment centre (with accommodation) directly to the drug treatment resource.

\_\_\_\_\_ Name of the treatment resource

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of the person receiving services

If I cancel the above-mentioned authorization to pay the special benefit directly to the drug treatment resource, I hereby authorize the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale to inform the drug treatment resource that I have cancelled the authorization.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of the person receiving services

