

Formulaire d'étape 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 – Révision du plan d'intervention

Une révision du plan d'intervention a été effectuée le _____ par _____.

Date

Nom de l'intervenant

La révision du plan d'intervention révèle que des services en toxicomanie avec **hébergement** sont toujours nécessaires. La durée initiale prévue pour des services en hébergement était de _____ jours. À la suite de la révision du plan d'intervention, la durée prévue pour des services en hébergement est de _____ jours (indiquer le nombre de jours pour l'ensemble du séjour).

Nombre

Nombre

4 – Services offerts

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

- Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication ou aide et soutien à la désintoxication
- Thérapie
- Réinsertion sociale

Préciser la durée prévue

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

Si le ou les types de services offerts diffèrent de celui ou ceux mentionnés dans le formulaire de début de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement, veuillez préciser la date depuis laquelle le ou les nouveaux services sont offerts :

Date : _____

Année

Mois

Jour

Commentaires : _____

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

Note – Ce formulaire doit être transmis au Ministère deux semaines avant la date de fin prévue du séjour, si celui-ci est inférieur à 90 jours, ou deux semaines avant la fin de chaque période de 90 jours.

Par la présente, j'autorise l'intervenant à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale les renseignements nécessaires au paiement de la prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement.

Date

Signature de la personne recevant les services

