

Renseignements sur l'établissement

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Nom de la praticienne sociale ou du praticien social _____ Téléphone _____

Renseignements sur l'identité de la ou du prestataire

Nom de famille et prénom _____

Numéro du dossier au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (CP-12) _____ Numéro du dossier à l'établissement _____ Numéro d'assurance sociale _____ Date de naissance _____

Admission

Le _____, la ou le prestataire a été admis dans l'établissement suivant.

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Numéro de permis _____ Numéro de téléphone _____ Numéro de chambre de la ou du prestataire _____

Catégorie de l'établissement vers lequel la ou le prestataire a été dirigé

- 1 Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- 2 Centre hospitalier de soins de courte durée Séjour de moins de 45 jours Séjour de 45 jours ou plus. La ou le médecin traitant doit avoir certifié que des soins actifs sont toujours requis. Séjour indéterminé. La ou le prestataire est en attente d'une place dans un établissement accueillant des personnes hébergées.
- 3 Centre de réadaptation Personnes ayant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice ou langagière) Mères en difficulté d'adaptation Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement Personnes ayant une dépendance
- 4 Ressource intermédiaire Maison d'accueil Résidence de groupe Appartement supervisé
- 5 Ressource de type familial (résidence d'accueil) 6 Résidence à assistance continue (RAC)

Une contribution est-elle exigée de la ou du prestataire? Oui Non
Si oui, la personne bénéficie-t-elle d'une exonération de la RAMQ? Oui Non

Transfert

Le _____, la ou le prestataire a quitté l'établissement suivant.

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

La ou le prestataire a été transféré dans l'établissement suivant.

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____
Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Numéro de permis _____ Numéro de téléphone _____ Numéro de chambre de la ou du prestataire _____

Transfert (suite)

Catégorie de l'établissement vers lequel la ou le prestataire a été dirigé

- 1 Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- 2 Centre hospitalier de soins de courte durée
- 3 Centre de réadaptation
- 4 Ressource intermédiaire
- 5 Ressource de type familial (résidence d'accueil)
- Séjour de moins de 45 jours
- Séjour de 45 jours ou plus. La ou le médecin traitant doit avoir certifié que des soins actifs sont toujours requis.
- Mères en difficulté d'adaptation
- Résidence de groupe
- Résidence à assistance continue (RAC)
- Séjour indéterminé. La ou le prestataire est en attente d'une place dans un établissement accueillant des personnes hébergées.
- Personnes ayant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice ou langagière)
- Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
- Personnes ayant une dépendance
- Appartement supervisé

Une contribution est-elle exigée de la ou du prestataire? Oui Non

Si **oui**, la personne bénéficie-t-elle d'une exonération de la RAMQ? Oui Non

Départ

Le _____, la ou le prestataire a quitté l'établissement suivant.

Nom de l'établissement : _____

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____

Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

La ou le prestataire n'est plus placé dans un établissement reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle ou il habite maintenant à l'adresse suivante.

Adresse du nouveau lieu de résidence

Adresse complète : Numéro _____ Rue _____ Appartement _____

Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Téléphone _____

Commentaires concernant le lieu de résidence (s'il y a lieu)

Autorisation de la ou du prestataire ou de sa représentante ou de son représentant

J'autorise l'établissement à transmettre au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale les renseignements contenus dans ce formulaire afin qu'il puisse déterminer le montant d'aide financière à laquelle j'ai droit.

Date Signature

Date Fonction Signature de la praticienne sociale autorisée ou du praticien social autorisé

Note aux praticiens sociaux – S'il est recommandé de confier à un tiers l'administration de l'aide financière accordée à la ou au prestataire, votre recommandation doit être inscrite sur le formulaire *Administration de l'aide financière par un tiers* (SR-0014), accessible sur Québec.ca.

Accès aux renseignements personnels

Vous avez le droit de connaître les renseignements que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale détient à votre sujet. Vous pouvez demander au Ministère de vous communiquer ces renseignements ou de les corriger. Pour ce faire, vous devez vous adresser à la personne responsable de l'accès aux documents et à la protection des renseignements personnels.