

## 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.

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.

Date

Signature of the person receiving services

