

Renseignements sur l'identité de la personne faisant l'objet du suivi

Nom de famille et prénom

Date de naissance

Année Mois Jour

Numéro d'assurance maladie

Adresse du domicile

Téléphones

Résidence : Ind. rég. Numéro Autre (précisez) : Ind. rég. Numéro

Est-ce que cette personne demeure dans une ressource d'hébergement relevant d'un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux? Oui Non

Suivi par le CLSC

Cette personne est-elle admise au volet Soutien aux jeunes parents des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité?

Oui Non

Autres renseignements

Nombre de semaines de grossesse au moment où vous remplissez cette fiche :

Date prévue de l'accouchement : Année Mois Jour

COORDONNÉES DU CLSC

Téléphone :

Télécopieur :

Date à laquelle cette fiche est remplie

Nom en caractères d'imprimerie

Signature de la personne responsable

Date de fin du suivi

Nom en caractères d'imprimerie

Signature de la personne responsable

Partie réservée au CLSC

Suivi : La personne responsable remplit ce formulaire, appose sa signature et le fait signer par la personne faisant l'objet du suivi, lui remet une copie afin qu'elle joigne ce formulaire à la demande d'aide financière déposée au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Fin du suivi : Si la participation prend fin durant la grossesse, la personne responsable indique la date de fin du suivi, appose sa signature et expédie une copie par télécopieur au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale au numéro de télécopieur : 418 856-1629.

Autorisation

J'autorise le CLSC à transmettre les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que la date de fin du suivi, s'il y a lieu, au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre du Soutien financier aux mineures enceintes.

Date

Signature de la personne faisant l'objet du suivi