

Demande initiale aux Services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle

Télécopieur : 705-495-1373

Renseignements de base

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance (jj/mm/aa) : _____

Nom de jeune fille de la mère : _____

État civil : _____

Sexe : _____

Adresse résidentielle : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Adresse postale (si elle est différente de l'adresse résidentielle) :

Boite postale : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Indiquez la nature de la demande de renseignements/requête actuelle (cochez toutes les cases appropriées) :

- Renseignements
- Soutiens résidentiels
- Services et soutiens à la participation communautaire (Programmes de jour)
- Services et soutiens de relève pour les fournisseurs de soins
- Services professionnels et spécialisés (y compris le PPA (Programme de protection des adultes) et le Soutien clinique)
- Planification gérée par la personne
- Passeport

Commentaires : _____

- Besoin urgent

Raison pour la réponse au besoin urgent : (s'il vous plaît, cocher toutes les cases)

- Le principal dispensateur de soins non rémunérés de l'individu (par exemple, un membre de la famille) est incapable de continuer à fournir des soins qui sont essentiels pour la santé et le bien-être de l'individu
- L'individu n'a pas de résidence ou est à risque élevé de ne pas avoir de résidence dans un avenir rapproché
- Les besoins de soutien de l'individu ont changé à un point tel que leurs soutiens actuels pourraient bientôt devenir insupportables et leur bien-être pourrait devenir à risque
- Les soutiens formels et informels ne sont pas disponibles pour réduire le risque de préjudice ou répondre au besoin

Les risques potentiels qui peuvent survenir dans la situation actuelle: (s'il vous plaît, expliquer les risques et les impacts potentiels)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Indiquez la situation actuelle (choisissez la case qui s'applique le mieux) :

- Désire trouver ce qui est disponible
- S'informe des services pour l'avenir (d'ici deux ans ou plus)
- A besoin de services maintenant et ne reçoit pas les services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle financée par le MDESC
- A besoin d'un changement dans les services actuels (y compris de nouveaux services additionnels)
- En transition – les services actuels se terminent

Fournir une description de la situation actuelle : (obligatoire)

Indiquer la langue préférée à considérer lors de la planification des entrevues d'évaluation des besoins de soutien :

Y at-il des besoins spéciaux spécifiques ou problème d'accessibilité qui sont importants de connaître?

Y at-il une demande pour des services d'interprétation?

Y at-il un besoin d'un emplacement spécifique pour les entrevues?

Renseignements concernant la recommandation

Personne responsable de la recommandation : _____

Lien avec la personne : _____

Coordonnées de l'organisme (s'il y a lieu) :

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Informations sur la personne-ressource principale

a. Principal dispensateur de soins

Y a-t-il un dispensateur de soins principal?

Oui Non

Si OUI, qui est le principal dispensateur de soins?

La date de naissance est nécessaire pour les principaux dispensateurs de soins non rémunérés (jour/mois/année)

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance : _____

Lien avec le requérant :

- Parent
- Frère ou soeur
- Autre membre de la famille
- Autre personne dévouée qui n'est pas membre de la famille
- Personnel rémunéré
- Mandataire spécial/Tuteur
- Autre (préciser) : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

b. Principal dispensateur de soins

Y a-t-il un autre dispensateur de soins principal?

Oui Non

Si OUI, qui est le dispensateur de soins principal? _____

La date de naissance est nécessaire pour les principaux dispensateurs de soins non rémunérés : (jour/mois/année)

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance : _____

Lien avec le requérant :

Parent

Frère ou soeur

Autre membre de la famille

Autre personne dévouée qui n'est pas membre de la famille

Personnel rémunéré

Mandataire spécial/Tuteur

Autre (préciser) :

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

La personne recevait-elle des services pour les adultes ayant une déficience intellectuelle avant le 1^{er} juillet 2011?

Oui

Non

Si OUI, veuillez décrire :

La personne a-t-elle reçu une évaluation psychologique?

Oui

Non

Si OUI, veuillez la joindre.

Si vous avez répondu Non, s'il vous plait, fournir toute documentation qui soutient une déficience intellectuelle.

Par exemple :

- Rapport/évaluation psycho éducationnelle
- Rapport d'ergothérapie
- Rapport médical ou psychiatrique

La personne consent-elle à ce que ce contact soit fait en son nom?

Oui Non

Y a-t-il un Processus d'évaluation du consentement et de la capacité en cours?

Oui Non

Si OUI, décrivez les détails : _____

Un mandataire spécial est-il disponible?

Oui Non

*Si un mandataire spécial n'est pas disponible, veuillez fournir d'autres directives :

Date de la demande : _____

Signature de la source de référence : _____

S'il vous plaît vous assurez que le consentement joint est signé par le demandeur ou le mandataire spécial : _____

S'il vous plait vous assurez d'envoyer toute la documentation requise pour assurer un procédé de demande sans délai.

- Preuve d'une déficience intellectuelle
 - **Dois** être une évaluation ou un rapport psychologique qui utilise des outils d'évaluation standardisés; et,
 - Elle doit indiquer clairement que vous avez des limitations substantielles du fonctionnement cognitif et adaptatif tel que défini dans la Loi de 2008, sur *les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*.
- Preuve d'âge
 - **Certificat de naissance ou certificat de baptême**
 - Passeport ou
 - Permis de conduire
- Preuve que vous êtes un résidant de l'Ontario
 - Contrat de location ou de bail
 - **Carte Santé de l'Ontario**
 - Relevé de dépôt direct pour le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
 - Fiche de l'employeur (talon de chèque de paye ou lettre de l'employeur sur du papier à lettres avec en-tête de l'entreprise)
 - Relevés bancaires postés (n'inclus pas les reçus de guichet automatique ou les livrets de banque) ou
 - Relevés de services publics (hydro, téléphone, etc.)

Veuillez faire parvenir ce formulaire dûment rempli aux :

Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle -
Région du Nord-Est

391, rue Oak est

North Bay (Ontario) P1B 1A3

Courriel : dso@handstfhn.ca

Télécopieur : 705-495-1373

Téléphone : 1-855-376-6376 poste 1206