

FORMULAIRE DE PLACEMENT RI-RTF

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ No dossier : _____
Prénom : _____ N° bande : _____
(si autochtone)
Date naissance : _____ N° assurance
(aaaa-mm-jj) maladie : _____ Sexe : F M

CONTRIBUTION DE L'USAGER

Usager prestataire d'une aide financière de dernier recours ? Oui Non

Si oui, cochez la catégorie → Revenu de base (CSE plus de 66 mois)
 Solidarité sociale – contraintes sévères (CSE)
 Aide sociale – contraintes temporaires à l'emploi
 Aide sociale – sans contraintes à l'emploi

Pour un usager en Ressource intermédiaire (RI)

Pronostic de réintégration : Moins de 2 ans 2 ans et plus

DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT

<input type="checkbox"/> Curateur public	Numéro de dossier du curateur		
<input type="checkbox"/> Représentant	Prénom et nom de la personne représentant l'usager		
<input type="checkbox"/> Représentant légal	Adresse de correspondance		
	Numéro	Rue	Appartement
	Ville		Code postal
	Téléphone au domicile	Téléphone au travail	Poste Cellulaire
	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

PLACEMENT DÉPLACEMENT FIN DE PLACEMENT DÉCÈS Date : _____

Type : Continu Répit

De : _____ Date de début ou
fin de placement : _____
(aaaa-mm-jj)

À : _____

Date de remise du sommaire à la ressource : _____
(aaaa-mm-jj)

COMMENTAIRES

Nom de l'intervenant usager

Date

Nom de l'intervenant RI-RTF

Date