**DEMANDE D’AIDE TECHNIQUE / ÉQUIPEMENT**

**USAGER EN RI-RTF**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER** | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | | | Prénom : |  | |
| N° dossier : | | | | | | | | |
| DDN: |  | |  |  | Âge : | | | NAM : |
| AAAA-MM-JJ | | | |
| Nom de l’intervenant au suivi de l’usager : | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE** | | | | | | |
| Nom de la ressource : | | | | | | |
| RI | RTF | Programme clientèle : | DI-TSA | DP | SAPA | SM |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **TYPE DE DEMANDE** | | | |
| **Nouvelle demande** | **Remplacement**\* | \*Précisez à qui appartient l’équipement :  Établissement  Usager  Ressource |  |

|  |
| --- |
| 1. **JUSTIFICATION DE LA DEMANDE** |
| **Précisez le(s) diagnostic(s) et les conditions associées** |
|  |

|  |
| --- |
| **Précisez le portrait fonctionnel** |
|  |

|  |
| --- |
| **Précisez les impacts sur l’usager si le besoin n’est pas répondu** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’ÉQUIPEMENT OU DE L’AIDE TECHNIQUE** | | |
| Nom de l’équipement | Quantité | Actuellement prêté par le CISSS COTE-NORD |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **\* soumission à joindre obligatoirement** | | |

|  |
| --- |
| 1. **AUTRE(S) AGENT(S) PAYEUR(S)** |
| **\* il est obligatoire de faire la recherche d’autres agents payeurs (assurance personnelle, solidarité sociale, IVAQ, RAMQ, CSST, SAAQ, programme AVQ-AVD pour les usagers en RTF, services autochtones, tout autre programme d’aide, organisme ou fondation) avant d’acheminer la demande.** |
| Aucune recherche n’a été effectuée |
| Une recherche a été effectuée et aucun autre agent payeur ne peut être mis à contribution |
| Un autre agent payeur peut être mis à contribution : |
| Précisez : |
| Portion payable ($): |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **COORDONNÉES DE L’INTERVENANT DEMANDEUR** | | |
| Nom : | Prénom : | Téléphone : |
| Profession : | | |
| Courriel :      @ssss.gouv.qc.ca | | |
| Date : | | |

|  |
| --- |
| 1. **ADRESSE DE LIVRAISON DE L’ÉQUIPEMENT OU DE L’AIDE TECHNIQUE** |
| À l’attention de : |
| Adresse : |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ DOIT ÊTRE RETOURNÉ À**  **L’ADRESSE SUIVANTE :** [ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ APPROBATEUR** | | | | |
| Acceptée | Acceptée en partie | En suspens | | Demande refusée |
| Précisions:  Suivi à faire : | | | | |
| Approbateur : | | | Date : | |