**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  |

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