



MAISON ROTARY

PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE D'ACCÈS AU LOGEMENT

Logement de transition

Logement permanent

DONNÉES D'IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PERSONNE RÉFÉRÉE

Nom complet : _____ Sexe : F M
Adresse complète : _____
Téléphone : _____ Date de naissance : _____
Cellulaire : _____ Âge : _____
État civil : Célibataire Marié(e) Séparé(e) légalement Divorcé(e) Veuf, veuve
Type de logement : Logement Pension privée Ressource type familiale Chambre Logement subventionné Ressource intermédiaire Autre : _____

PLAN FINANCIER

Source de revenus : _____ Revenu mensuel : _____
Administration des biens : Personne Curatelle publique Fiduciaire Curatelle privée
Identification : _____ Téléphone : _____

PERSONNE SIGNIFICATIVE

Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____
Adresse complète : _____
Lien avec la personne : _____ Téléphone : _____

SUIVI AU CSSSML OUI NON

CLSC Montmagny CLSC Saint-Fabien CLSC Saint-Pamphile
 CLSC Saint-Jean-Port-Joli Hôtel-Dieu Montmagny
Intervenant : _____ Médecin traitant : _____

1. PRÉSENTATION DE LA SITUATION

1.1 EXPRIMÉ PAR LA PERSONNE

1.2 EXPRIMÉ PAR L'INTERVENANT

1.3 DESCRIPTION DE LA SITUATION DE VIE ACTUELLE

1.4 DESCRIPTION DES ANTÉCÉDENTS D'HÉBERGEMENT

1.5 QUELLE EST LA PERCEPTION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE CONCERNANT SA SITUATION DE VIE ACTUELLE ?

1.6 QUELLE EST LA PERCEPTION DE L'INTERVENANT CONCERNANT LA SITUATION DE VIE ACTUELLE DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE?

1.7 LA PERSONNE PRÉSENTE -T-ELLE UN BESOIN RAPIDE D'ACCÈS À UN LOGEMENT? POURQUOI?

1.8 EN QUOI CETTE PERSONNE A-T-ELLE BESOIN DE SOUTIEN POUR SA SITUATION ACTUELLE?

1.9 QUELLE EST LA PRINCIPALE MOTIVATION DE CETTE PERSONNE À ACCROÎTRE SON AUTONOMIE?

1.10 SELON L'INTERVENANT, À QUELLE ÉTAPE DE LA MOTIVATION À CHANGER SITUEZ-VOUS LA PERSONNE?

1.11 QUEL EST SON PROJET DE VIE?

1.12 EN QUOI LA MAISON ROTARY EST-ELLE UNE RESSOURCE APPROPRIÉE POUR L'ATTEINTE DE SES PROJETS DE VIE?

2. DIAGNOSTIC ET HOSPITALISATION

2.1 QUEL EST LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE?

2.2 ACTUELLEMENT, LA PERSONNE PRÉSENTE-T-ELLE UN RISQUE D'HOSPITALISATION OU DE RÉHOSPITALISATION?

2.3 DÉCRIRE L'HISTORIQUE D'HOSPITALISATION DES DEUX (2) DERNIÈRES ANNÉES (DATES, DURÉES ET CIRCONSTANCES DES HOSPITALISATIONS)

2.4 QUELLES SONT LES MANIFESTATIONS DE LA PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE CHEZ CETTE PERSONNE (DÉLIRES, HALLUCINATIONS, ETC.)?

2.5 ACTUELLEMENT, COMMENT EST L'ÉTAT PSYCHIQUE DE CETTE PERSONNE? Y A-T-IL PRÉSENCE DE CERTAINS SYMPTÔMES DE DÉSORGANISATION PSYCHIQUE? SI OUI, LESQUELS?

3. CARACTÉRISTIQUES

3.1 PLAN PSYCHOLOGIQUE

3.1.1 DÉCRIRE SES PRINCIPAUX TRAITS DE PERSONNALITÉ (COLLABORATEUR, RENFERMÉ, REVENIDICATEUR, ETC.)

3.1.2 CETTE PERSONNE EST-ELLE EN MESURE DE PORTER UN JUGEMENT CRITIQUE SUR SA PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE ET SES PROPRES COMPORTEMENTS?

Oui Non

Précisez :

3.1.2 À QUOI LA PERSONNE ATTRIBUE-ELLE SES DIFFICULTÉS ACTUELLES?

3.1.3 CETTE PERSONNE A-T-ELLE EU DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES AU COURS DES SIX (6) DERNIERS MOIS?

Oui Non

Précisez la nature (idéations, menaces, tentatives de suicide, etc.) :

3.1.4 CETTE PERSONNE A-T-ELLE DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES?

Oui Non

Violence (conjugale, voie de fait, harcèlement, menace)

Drogue (possession, trafic, production)

Alcool (conduite en état d'ivresse)

Fraude/vol

Autre Précisez :

3.1.5 CETTE PERSONNE A-T-ELLE UN PROBLÈME LIÉ À LA VIOLENCE?

Oui Non

Précisez la nature du problème :

3.1.6 CETTE PERSONNE A-T-ELLE UN PROBLÈME DE CONSOMMATION (ALCOOL, DROGUE, JEU)?

Aucun Abus Dépendance

Précisez la nature du problème :

3.1.7 SI CETTE PERSONNE NE CONSOMME PLUS, DEPUIS COMBIEN DE TEMPS A-T-ELLE CESSÉ SA CONSOMMATION?

3.1.8 CETTE PERSONNE EST-ELLE SOUS ORDONNANCE D'HÉBERGEMENT?

Oui Non

3.1.9 AUTRES POINTS À PRÉCISER, S'IL Y A LIEU.

3.2 PLAN INTELLECTUEL

3.2.1 NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ

--

3.2.2 Y A-T-IL PRÉSENCE DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU DE CERTAINES LIMITATIONS INTELLECTUELLES?

Oui Non

Précisez :

--

3.2.3 SAIT-ELLE LIRE ET ÉCRIRE?

Oui Non

Précisez :

--

3.2.4 DE FAÇON GÉNÉRALE, QUELLES SONT SES FORCES AU PLAN INTELLECTUEL?

--

3.2.5 DE FAÇON GÉNÉRALE, QUELLES SONT SES DIFFICULTÉS AU PLAN INTELLECTUEL? (JUGEMENT, CONCENTRATION, MÉMOIRE)

--

3.2.6 AUTRES POINTS À PRÉCISER, S'IL Y A LIEU.

--

3.3 PLAN SOCIAL

3.3.1 QUELLE EST LA NATURE DE SON RÉSEAU SOCIAL?

3.3.2 DE FAÇON GÉNÉRALE, DÉCRIRE SES COMPORTEMENTS AU SEIN DE SON RÉSEAU SOCIAL (FAÇON D'ENTRER EN CONTACT, CAPACITÉ À MAINTENIR DES RELATIONS, ETC.).

3.3.3 QUELS SONT SES LOISIRS ET ACTIVITÉS PRÉFÉRÉS?

3.3.4 LA PERSONNE SOUHAITE-T-ELLE S'IMPLIQUER À LA VIE DE GROUPE DE LA MAISON ROTARY?

Oui Non

Si oui, comment? :

Si non, pourquoi? :

3.3.5 OCCUPE-T-ELLE UN TRAVAIL ?

Oui Non Lieu : _____

Depuis quand : _____ Nombre d'heures/semaine : _____

**3.3.6 DE FAÇON GÉNÉRALE, DÉCRIRE SES FORCES ET DIFFICULTÉS AU PLAN DU TRAVAIL?
(ASSIDUITÉ, PERFECTIONNISME, ETC.)**

3.3.7 AUTRES POINTS À PRÉCISER, S'IL Y A LIEU.

3.4 PLAN FAMILIAL

3.4.1 DÉCRIRE L'ÉTAT ACTUEL DE SON RÉSEAU FAMILIAL.

--

3.4.2 QUELLES SONT LES PERSONNES LES PLUS SIGNIFICATIVES (PARENT, CONJOINT, FRÈRE, SOEUR, ETC.)

--

**3.4.3 COMMENT LES MEMBRES DE SA FAMILLE LUI VIENNENT-ELLE EN AIDE?
(FINANCIER, ALIMENTAIRE, TRANSPORT)**

--

3.5 PLAN PHYSIQUE

3.5.1 DÉCRIRE SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL.

--

3.5.2 A-T-ELLE BESOIN D'UN SUIVI MÉDICAL PARTICULIER ?

--

**3.5.3 QUELLES SONT SES PRINCIPALES HABITUDES DE VIE?
(SOMMEIL, ALIMENTATION, HYGIÈNE, SPORT)**

--

3.5.4 AUTRES POINTS À PRÉCISER, S'IL Y A LIEU

--

4. AUTONOMIE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Activité	Sans aide	Avec aide	Par autrui	À acquérir	Précisions, s'il y a lieu
Faire ses emplettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire son hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire son entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire sa lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre ses rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organiser son transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser les ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Démontre des capacités à vivre en groupe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

4.1. AUTRES POINTS À PRÉCISER, S'IL Y A LIEU

--

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE
(joindre autorisation de la personne référée à fournir l'information)

Nom de l'intervenant(e) qui fait la demande : _____

Signature de l'intervenant(e)

Date

Signature de la personne référée

Date

Acheminer le présent formulaire à :

MARIE-CLAUDE BOIS
LE TRAIT D'UNION (maison Rotary)
64, RUE SAINT-JEAN BAPTISTE OUEST MONTMAGNY QUÉBEC G5V 3B7
TÉLÉCOPIEUR : 418 248-3457
COURRIEL : MAISONROTARY@TRAITDUNIONMONTMAGNY.COM

RÉSERVÉ AU COMITÉ D'ACCÈS

RECOMMANDATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acceptée (fournir le rapport d'impôt à la 1ère visite) | <input type="checkbox"/> Logement de transition |
| <input type="checkbox"/> Refusée | <input type="checkbox"/> Logement permanent |

Date d'entrée : _____

Liste d'attente : _____

- Refus de la personne référée

Motif : _____

Processus de contestation d'une décision prise par le comité d'accès