



Formulaire de début de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement

Prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

1 – Renseignements sur l'identité

Nom de famille	Prénom
Numéro de dossier (CP12)	

2 – Renseignements sur la ressource

Nom de la ressource

3 – Évaluation

Date d'entrée au centre :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Une évaluation a été effectuée le _____ par _____
à l'aide du ou des outils d'évaluation suivants : Date Nom de l'intervenant

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> IGT, indice de gravité d'une toxicomanie | <input type="checkbox"/> RESO, évaluation des besoins en réinsertion sociale |
| <input type="checkbox"/> ETA, évaluation de la toxicomanie chez l'adulte | <input type="checkbox"/> NiD-EP, niveau de désintoxication, évaluation par les intervenants psychosociaux |
| <input type="checkbox"/> G-CAD, gestion de clients avec dépendance | <input type="checkbox"/> GAIN, _____ |

Nom du centre

L'évaluation réalisée atteste la présence d'une problématique de consommation requérant, pour le traitement de la personne, des services avec hébergement. La durée prévue des services avec **hébergement** est de _____ jours.
Nombre

4 – Services offerts

Le ou les types de services qui seront offerts à la personne :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication ou aide et soutien à la désintoxication |
| <input type="checkbox"/> Thérapie |
| <input type="checkbox"/> Réinsertion sociale |

Préciser la durée prévue

▶	_____ jours
	Nombre
▶	_____ jours
	Nombre
▶	_____ jours
	Nombre

Est-ce que le séjour est effectué dans le cadre du Programme de traitement de la toxicomanie sous la supervision de la Cour du Québec?

Oui Non

Date de début du séjour :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Je déclare avoir reçu la formation nécessaire pour utiliser le ou les outils ayant servi à faire cette évaluation.

Date

Signature de l'intervenant

Je confirme que l'intervenant mentionné ci-dessus a reçu la formation nécessaire pour faire cette évaluation.

Date

Signature du coordonnateur

Par la présente, j'autorise l'intervenant à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale les renseignements nécessaires au paiement de la prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement.

Date

Signature de la personne recevant les services

Par la présente, j'autorise le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale à effectuer le paiement de la prestation spéciale pour frais de séjour pour des services en toxicomanie avec hébergement directement à la ressource.

Nom de la ressource

Date

Signature de la personne recevant les services