

## 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, _____<br><span style="float: right;">Nom du centre</span>                  |

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 | ▶ | _____ jours<br><span style="float: right;">Nombre</span> |
| <input type="checkbox"/> Thérapie  | ▶ | _____ jours<br><span style="float: right;">Nombre</span> |
| <input type="checkbox"/> Réinsertion sociale   | ▶ | _____ jours<br><span style="float: right;">Nombre</span> |

**Préciser la durée prévue**

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

Par la présente, j'autorise le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cas où j'annulerais l'autorisation précédente à en informer la ressource.

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature de la personne recevant les services

