



MCQ00157

Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_  
Dossier DP : \_\_\_\_\_  
Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

**DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**  
**Guichet d'accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**

**COORDONNÉES DE L'USAGER**

N.A.M. : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Langue parlée :  Français  Autre : \_\_\_\_\_  
Adresse permanente : \_\_\_\_\_ app. : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_  
Tél. travail : \_\_\_\_\_ Conjoint(e) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

<b>Père :</b> _____	<b>Mère:</b> _____
<input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> Inconnue
Garde : <input type="checkbox"/> Légale <input type="checkbox"/> Partagée	Garde : <input type="checkbox"/> Légale <input type="checkbox"/> Partagée
Adresse : _____	Adresse : _____
<input type="checkbox"/> Même adresse	<input type="checkbox"/> Même adresse
Tél. rés/cell. : _____	Tél. rés/cell. : _____
Tél. travail : _____	Tél. travail : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

Si autre titulaire légal, précisez :

**PERSONNE LIEN OU À CONTACTER SI URGENGE**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_  
Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Tél. cell/travail : \_\_\_\_\_

**MILIEU DE VIE**

Seul (e)  Avec enfant (s)  RNI  CHSLD  
 Avec conjoint (e)  Avec parent (s)  Résidence privée  Résidence d'accueil de type familial  
 Autres (précisez) : \_\_\_\_\_  
Responsable : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_



MCQ00157

Dossier de l'utilisateur  
Nom, Prénom**RÉGIME DE PROTECTION**

- Ne s'applique pas
- Privé     Biens     Biens et  
 Public     Personne     personne

Répondant \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC**

Dx principal : \_\_\_\_\_

Autre(s) Dx : \_\_\_\_\_

Posé le : \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA DEMANDE**

Description de la problématique

Impacts sur la réalisation des habitudes de vie pour la personne et son entourage

**SERVICE (S) DEMANDÉ (S)****DI TSA**

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Soutien intensif | <input type="checkbox"/> Hébergement | <input type="checkbox"/> Intégration travail communautaire |
| <input type="checkbox"/> Répit            | <input type="checkbox"/> Permanent   | <input type="checkbox"/> Soutien à la personne             |
|   | <input type="checkbox"/> Temporaire  |  |

**DP**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive                    | <input type="checkbox"/> Déficience motrice          | <input type="checkbox"/> Traumatologie          |
| <input type="checkbox"/> ASA (Aides de suppléance à l'audition) | <input type="checkbox"/> Groupe PASSAGE              | <input type="checkbox"/> Conduite automobile    |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle                    | <input type="checkbox"/> Aide à la communication     | <input type="checkbox"/> Adaptation de véhicule |
| <input type="checkbox"/> Déficience du langage                  | <input type="checkbox"/> Contrôle de l'environnement |   |

**RÉFÉRÉNT**

Nom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

**AGENT PAYEUR**

- CNESST     IVAC     SAAQ     RAMQ     Facturable

No de dossier : \_\_\_\_\_ Agent/conseiller : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Si applicable, événement survenu le : \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ