



**la maison
réalité**

Demande de services

- Programme Hébergement**
 - Programme Soutien dans la communauté**
 - Programme d'activités éducatives et récréatives le Café «Le Rendez-vous»**
-

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom et prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Langue (s) parlée (s) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ (*peut-on laisser un message?*) : _____

Courriel : _____

Assurance maladie : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

de téléphone : _____

Problème de santé mentale : _____

Problème de santé physique : _____

Allergies connues : _____

OBJECTIFS DE LA DEMANDE

Situation actuelle :

Motif de la demande :

Les objectifs que je souhaite travailler:

Les besoins et attentes exprimés par vos proches (si applicable) :

Les besoins et attentes exprimés par votre intervenant (si applicable):

RÊVES, FORCES ET DÉFIS

Mes projets de vie, buts, rêves et aspirations :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Mes forces, qualités et habiletés :

Mes limites et défis :

SERVICES ACTUELS

	Noms	Organisme	Numéro de téléphone
Psychiatre			
Médecin famille			
Spécialiste			
Intervenant(e) pivot			
Autres Intervenants			
	Noms	Lien de parenté	Numéro de téléphone
Réseau naturel (personnes proches) (famille, amis etc.)			

AUTRES DÉFIS RENCONTRÉS

	Oui	Non	Précisions
Dépendance (Alcool, drogues, jeu, etc.)			
Déficience intellectuelle			
Trouble envahissants du développement			
Troubles d'apprentissages			
Trauma crânien ou syndrome organique			
Trouble d'adaptation			
Agressivité/ Violence			
Itinérance			
Autres			

OBLIGATIONS LÉGALES (S.V.P. joindre les documents à la demande)

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAQ | <input type="checkbox"/> Fiducie |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement | <input type="checkbox"/> Curatelle |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance d'hébergement | <input type="checkbox"/> Tutelle |
| <input type="checkbox"/> Probation | |

Autres éléments importants à communiquer :

Autres documents annexés à la demande :

INTERVENANT RÉFÉRANT (si applicable):

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

En signant ce document, vous acceptez que l'on communique votre nom, date de naissance et la fréquence de vos rencontres à notre bailleur de fonds, le CISSSO.

Signature du client : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature de la coordonnatrice : _____

Date de réception de la demande : ____ / ____ / ____

**Faire parvenir votre demande à l'intention de la coordonnatrice de la
Maison Réalité Inc.**

Téléphone : 819 776-1214, extension 223

Télécopieur : 819 776-5955

Courriel : coordo@maisonrealite.org

Adresse : 10 rue Jeanne D'Arc
Gatineau (Québec) J8Y 2H2

Nous assurons un premier contact téléphonique dans les trente jours suivant la réception de la demande