



**la maison  
réalité**

**Demande de services**  
**Programmes Hébergement**   
**Et/ou Soutien dans la communauté**

**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**

**Motif de la demande :**

---

---

---

---

**Vos besoins, vos attentes face à nos services:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

**PLANS D’ACTION**

**Projets de vie, buts, rêves et aspirations :**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

**FORCES ET DÉFIS**

**Défis rencontrés afin de maintenir une bonne santé mentale (médication adéquate, mieux comprendre ma maladie, trouble du sommeil, manque d’énergie, capacité à créer ou maintenir des liens significatifs, etc.) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Forces, qualités et habiletés :**

---

---

**Limites et défis :**

---

---

**Lieu de rencontre souhaité (Programme Soutien dans la communauté) :**

---

---

**SERVICES ACTUELS**

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

**AUTRES DÉFIS RENCONTRÉS**

	Oui	Non
Alcoolisme		
Itinérance		
Déficiência intellectuelle		
Violence		
Dépendance aux drogues illicites		
Troubles d'apprentissages		

**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](mailto: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\**