

Hôpital Louis-H. Lafontaine

D.S.I.S.

DEMANDE DE SERVICES

*L'Avancée*

Programmes de soutien à la  
participation sociale

### Identification de la personne

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Type d'hébergement : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_

### Demande

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Orientation suggérée: Site Sherbrooke

Site Jarry

*Intégration sociale*

Soutien à l'insertion communautaire

Soutien à la reprise d'un rôle social

*Vocationnel*

Soutien aux études

Dév. Employabilité

Soutien à l'emploi

Motifs de la référence : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Aspects particuliers à considérer dans la démarche : \_\_\_\_\_

La personne est-elle informée de la demande ? : Non  Oui

Si oui, signature de la personne : \_\_\_\_\_

### Référence et suivi médical

Nom du référant: \_\_\_\_\_ Programme : \_\_\_\_\_

Personne qui assurera le suivi : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Fax. \_\_\_\_\_ Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**\*\* Joindre les rapports d'évaluation pertinents.**

### Traitement de la demande (à compléter par le Service l'Avancée)

Accusé de réception  Date : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_