



FORMULAIRE DEMANDE DE RELOCALISATION RTF

Acheminer ce formulaire à :
mouvement.usager.cissca@sss.gouv.qc.ca

IDENTIFICATION

Nom RTF					
Territoire	Beauce	Thetford Mines	Etchemins	Montmagny	L'Islet
Nom usager					
Nom intervenant					
Adresse courriel RTF					
Date naissance usager					

MOTIFS

La ressource ne s'estime pas ou plus en mesure de fournir les services requis par la condition de l'usager faisant l'objet de la demande.
Lorsque la ressource considère que la présence d'un usager ou les services à lui rendre pourraient compromettre les services à rendre à un autre usager, prévus à l'instrument de ce dernier.
Lorsque la ressource a des motifs raisonnables de croire que l'usager l'expose ou expose d'autres personnes vivant dans la ressource à des dangers pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité physique ou psychologique.

Précisions obligatoires :

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA RTF

Signature

Date

Nous acheminerons votre demande au programme clinique concerné pour une analyse de la situation. Un retour écrit vous sera transmis dans les meilleurs délais et maximalement dans les 30 jours suivant votre demande.

RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT

Acceptée	L'usager sera relocalisé dans un nouveau milieu dès qu'une place sera disponible. L'intervenant pivot fera le lien avec vous et la famille en temps opportun. En attendant le déplacement tel que stipulé dans l'entente à l'article 2-2.03 a) et b), l'établissement mettra en place les mesures d'aide, d'appui et d'accompagnement dans le meilleur intérêt de l'usager, des autres usagers et de la ressource.
Refusée	Motifs du refus, moyens mis en place si nécessaire :
Signature du chef de programme	Date