



## FORMULAIRE DEMANDE DE RELOCALISATION RTF

Acheminer ce formulaire à :  
[mouvement.usager.ciassca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:mouvement.usager.ciassca@ssss.gouv.qc.ca)

IDENTIFICATION	
Nom RTF	
Territoire	Beauce Thetford Mines Etchemins Montmagny L'Islet AD
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'utilisateur 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'utilisateur 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 maximale dans les 30 jours suivant votre demande.	
RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT	
Acceptée	L'utilisateur 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'utilisateur, des autres usagers et de la ressource.
Refusée	Motifs du refus, moyens mis en place si nécessaire :
Signature du chef de programme	Date