



FORMULAIRE DEMANDE DE RELOCALISATION RI

Acheminer ce formulaire à :
mouvement.usager.ciSSCA@ssss.gouv.qc.ca

IDENTIFICATION

Nom RI						
Territoire	Beauce	Thetford Mines	Etchemins	Montmagny	L'Islet	AD
Nom usager						
Nom intervenant						
Adresse courriel RI						
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 les services à rendre à l'usager sont inconciliables avec ceux qu'elle doit rendre aux autres usagers, tels qu'ils sont déterminés par l'établissement pour chacun d'eux.	
Précisions obligatoires :	

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE LA RI

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 normalement 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/représentant légal. Tel que stipulé à votre entente à l'article 2-4.04, lorsque le déplacement est jugé nécessaire, l'établissement consulte la ressource et met en place les mesures qu'il juge appropriées, dans le meilleur intérêt de l'usager et de la ressource, en attendant le déplacement.
Refusée	Motifs du refus, moyens mis en place si nécessaire :

Signature du chef de programme	Date
--------------------------------	------