

## Demande de service

### Soutien spécialisé aux partenaires

Ce service s'adresse aux partenaires du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches), c'est-à-dire les établissements publics ou privés, les milieux communautaires et les milieux de travail accueillant ou offrant des services à des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le soutien possible correspond à des activités d'information, de sensibilisation et de formation sur des sujets concernant la DI ou le TSA. Du coaching peut aussi être offert.

#### CONSIGNES GÉNÉRALES

- COMPLÉTER L'ENSEMBLE DU PRÉSENT FORMULAIRE ;
- EN CAS DE SITUATION **URGENTE**, CONTACTER DIRECTEMENT LA PROFESSIONNELLE DU GUICHET D'ACCÈS AU PROGRAMME DI-TSA-DP AU 418 761-2731 OU 1 855-256-2737 PUIS TRANSMETTRE LE PRÉSENT FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR.

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR TOUS LES DOCUMENTS DÛMENT REMPLIS À L'ADRESSE SUIVANTE :**

GUICHET D'ACCÈS AU PROGRAMME DI-TSA-DP  
CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES  
LÉVIS (QUÉBEC) G6X 0A1  
TÉLÉCOPIEUR : 418 380-2095

**POUR OBTENIR DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES, N'HÉSITÉS PAS À COMMUNIQUER AVEC LA PROFESSIONNELLE DU GUICHET D'ACCÈS AU PROGRAMME DI-TSA-DP :**  
**PAR TÉLÉPHONE AU 418 761-2731 OU 1 855-256-2737**  
**OU PAR COURRIEL AU [guichet.di-tsa-dp-ca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.di-tsa-dp-ca@ssss.gouv.qc.ca)**

DATE DE RÉCEPTION (année-mois-jour) :

DOSSIER NUMÉRO : **PA-**

## 1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

IDENTIFICATION DU PARTENAIRE :

CATÉGORIE (ORGANISME COMMUNAUTAIRE, CSSS, ETC.) :

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE :

ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :

PROVINCE :

PAYS :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE :

CELLULAIRE :

COURRIEL :

## 2. MOTIF DE LA DEMANDE DE SERVICE

CLIENTÈLE VISÉE : **ENFANCE**  DI  TSA **ADULTE**  DI  TSA

NOMBRE DE PARTICIPANTS :

SENSIBILISATION DI (3 heures)

VIE AMOUREUSE ET SEXUELLE (7 heures)

POUR LES ACTIVITÉS INSCRITES AU CALENDRIER,  
VEUILLEZ INDIQUER VOTRE CHOIX CI-DESSOUS :

SENSIBILISATION TSA (3 heures)

AUTRES, SPÉCIFIEZ :

DATE (année-mois-jour)

TERRITOIRE

FORMATION DI (7 heures)

FORMATION TSA (7 heures)

QUELLE SITUATION MOTIVE LA DEMANDE DE SERVICE? PRÉCISEZ :

QUELLES SONT VOS ATTENTES?

QUEL(S) INTERVENANT(S) OU PERSONNEL DE VOTRE ÉTABLISSEMENT PROFITERA DU SERVICE DEMANDÉ?

## 3. SIGNATURE DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_  
DATE (année-mois-jour)

**SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET D'ACCÈS AU PROGRAMME DI-TSA-DP**

DEMANDE ACCEPTÉE

DEMANDE REFUSÉE

TYPE DE SERVICES DEMANDÉS :  CONTENU PLANIFIÉ  CONTENU SUR MESURE, SPÉCIFIEZ :

MOTIFS DE DÉCISION :

PROFESSIONNELLE AU GUICHET D'ACCÈS DI-TSA ET DP

DATE (année-mois-jour)