

DEMANDE D'EXAMEN D'UNE CLASSIFICATION

Identification de la demande	
Date de la demande	
Date de réception de l'instrument de la classification concernée	
Nom du demandeur (Responsable)	
Adresse	
Téléphone	
Direction de l'établissement avec laquelle vous avez une entente (Ex : SM, Jeunesse, SAPA, DITSA-DP)	
Association représentative (Ex: ADREQ, FRIJQ, ARIHQ, ADRAQ)	

Identification de l'utilisateur	
Je souhaite que cette classification soit révisée dans le cadre de la procédure d'examen prévue	
Initiales de l'utilisateur	
No d'utilisateur	

Motifs de la demande			
Je considère que cette classification des descripteurs cochés plus bas ne correspond pas aux services réellement rendus à cet usager. Cochez-le(s) descripteur(s) visé(s) par la demande d'examen et précisez les motifs;			
1	Alimentation	10	Conduite (Émotions)
2	Habillement	11	Conduite (capacité relationnelle)
3	Hygiène (corps, cheveux)	12	Conduite (cpt autodestructeurs)
4	Hygiène (entretien de sa personne)	13	Intégration
5	Élimination	14	Vie autonome
6	Mobilité (transferts)	15	Physique (médicaments)
7	Mobilité (déplacements)	16	Physique (soins)
8	Mobilité (escaliers)	17	Rendez-vous
9	Conduite (impulsions)		

Précisions: (Optionnel)

Écrire 50 mots maximum, puisque la grille de transmission des observations obligatoire offre déjà des précisions.

--

Le motif de ma demande est (cochez le ou les motifs)	
La classification que j'ai reçue ne reflète pas les échanges lors de la rencontre avec l'expert de classification et mon intervenant pivot.	<input type="checkbox"/>
Les services dont l'utilisateur a besoin ne sont pas reconnus dans la classification que j'ai reçue	<input type="checkbox"/>
Autre motif:	<input type="checkbox"/>

En conséquence, je vous demande de bien vouloir intervenir dans le cadre de la procédure d'examen afin que l'Instrument de classification représente plus fidèlement les services à rendre à cet usager et que la rétribution des services pour cette période me soit versée en application de la classification révisée. Je souhaite être contacté par la personne qui sera désignée pour évaluer la recevabilité de la demande.

(Nom en lettres lisibles de la ou d'une personne responsable
de la famille d'accueil ou de la ressource intermédiaire)

(Signature de la ou d'une personne responsable
de la famille d'accueil ou de la ressource intermédiaire)

**Veillez acheminer votre formulaire ainsi que votre grille de transmission des observations,
par courriel, à l'adresse suivante:**

Madame Karine Turgeon Guay

Chef de service

Partenariat RI-RTF / Instrument de détermination et de classification
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Courriel: idcirtf.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca