|  |
| --- |
| **Demande de déplacement d’un client formulée** **par une ressource d’hébergement (FSSS-CSN)** |
| **Consignes** |
| * Remplir chacune des sections du formulaire.
* Pour la clientèle du programme *Jeunesse*, acheminer le formulaire à **M. Jean-Philippe Geoffroy** (choisir l’un de ces modes d’acheminement) :

**Par la poste :** 260, rue Lavaltrie Sud, Joliette (Québec) J6E 5X7**Par télécopieur :** 450 756-0814**Par courriel :** jean-philippe.geoffroy.cissslan@ssss.gouv.qc.ca* Pour la clientèle du programme *DI-TSA-DP*, acheminer le formulaire à **Mme Catherine Therrien** (choisir l’un de ces modes d’acheminement) :

**Par la poste :** 625, rue Leclerc, Repentigny (Québec) J6A 2E4 **Par télécopieur :** 450 585-7531**Par courriel :** catherine.therrien.cissslan@ssss.gouv.qc.ca |
| **Identification** |
| **Date :** |  |
| **Nom et prénom de la ressource :** |  |
| **Nom et prénom du client concerné :** |  |
| **Date d’arrivée du client :** |  |
| **Demande de déplacement** |
| **Selon l’article 2-1.06 de l’entente collective, cochez une ou plusieurs des trois situations suivantes qui justifient, selon vous, la demande de déplacement puis fournissez les informations demandées en lien avec cette ou ces situations** |
| 1. **[ ]  J’ai des motifs raisonnables de croire que le client m’expose ou expose d’autres personnes vivant dans la ressource à des dangers pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité physique ou psychologique.**
 |
| **Description des comportements du client** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Description des conséquences de ce comportement sur les autres personnes vivant dans la ressource**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **J’en ai fait part à l’intervenant pivot et voici les moyens mis en œuvre par l’établissement en lien avec la situation exposée :** |
|  |
|  |
|  |
| 1. [ ]  **J’estime ne pas ou ne plus être en mesure de fournir les services requis par la condition du client.**
 |
| **Description du changement de la condition du client** |
|  |
|  |
|  |
| **Description des services requis ne pouvant être rendus** |
|  |
|  |
|  |
| **Raisons pour lesquelles les services requis ne peuvent pas être rendus** |
|  |
|  |
|  |
| 1. [ ]  **Je considère que la présence d’un client peut entraîner un effet contraire à ceux recherchés dans les plans d’intervention des autres clients.**
 |
| **Description des caractéristiques ou des comportements du client** |
|  |
|  |
|  |
| **Explication des conséquences de ces caractéristiques ou de ces comportements sur les plans d’intervention des autres clients** |
|  |
|  |
|  |
| **J’en ai fait part à l’intervenant pivot et voici les moyens mis en œuvre par l’établissement en lien avec la situation exposée :** |
|  |
|  |
|  |
| **Signature de la ressource** |  |

2023-09-22