|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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