



Projet Suivi Communautaire

Courriel : intervenants@projetsuivicommunautaire.com

Site internet : www.projetsuivicommunautaire.com

Téléphone : (514) 366-0891

Télécopieur : (514) 366-5008

Formulaire de référence

Service de soutien à l'intégration au logement

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____ App : _____
Téléphone : _____ Téléphone autre : _____ Femme Homme Autre
Courriel : _____ Langue : Français Anglais Autres

Équipe traitante :

Gestionnaire de cas : _____ Famille d'accueil (RI, RTF) : _____
Psychiatre : _____ Intervenant.e ressource : _____

Est-ce que la personne a vécue en logement de manière autonome ?

Oui _____ Quand : _____
Non _____ Combien de temps : _____
_____ Difficultés vécues : _____

Bref historique de la personne :

Objectifs du suivi :

Limites actuelles ou à prévoir dans la démarche :

Facteurs favorables à cette démarche :

Antécédents d'actes de violence et/ou de judiciarisation (TAQ) incluant les dates :

Autres informations pertinentes (problème physique, consommation, etc.) :

Niveau d'autonomie (à votre connaissance) :

Revenu :

Source :

Gestion : Automne
Fiducie
Curatelle

HABILETÉS	SATISFAISANT	À DÉVELOPPER
Budget (Payer le loyer, comptes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation (Se nourrir régulièrement et adéquatement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien des lieux de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à trouver de l'aide si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à se déplacer en transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à s'impliquer dans un suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de la personne référée de divulguer les renseignements relatifs à cette démarche :

Signature : _____

La personne responsable de la ressource a été informée de cette référence et accepte de collaborer avec l'intervenant(e) communautaire (s'il y a lieu) :

Signature : _____

Advenant l'acceptation de cette référence, vous serez amené(e) à collaborer avec l'intervenant(e) communautaire.

Référent.e :

Établissement :

Téléphone :

Signature :

Date : / /