

**OFFRE DE SERVICES  
ET PRÉSENTATION D'UN PROJET  
DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES**

**PROJET PRÉSENTÉ À :**

---

**PROJET PRÉSENTÉ PAR :**

---

**DATE DE PRÉSENTATION :**

---

Septembre 2002

## REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la réflexion d'un comité de travail composé de représentants des établissements concernés par ce dossier.

Nous remercions la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides de nous avoir transmis les documents requis pour la réalisation de cet offre de services et de présentation d'un projet des ressources intermédiaires.

*Dans ce texte, sauf dans le cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin désigne les deux sexes, sans discrimination.*

## **LISTE DES APPENDICES**

APPENDICE 1 : DESCRIPTION DU PROJET ET DES OBJECTIFS

APPENDICE 2 : RÉFÉRENCES

APPENDICE 3 : FORMULAIRE D'AUTORISATION

## CONSIGNES GÉNÉRALES

L'évaluation de votre projet de ressource intermédiaire débutera à compter du moment où nous recevrons le présent formulaire dûment complété.

Nous vous demandons de vérifier vos réponses avant de nous le retourner dans un délai de vingt et un (21) jours, à défaut de quoi nous considérerons que vous ne désirez pas poursuivre votre démarche de ressource intermédiaire.

Les informations demandées dans ce formulaire permettront à notre service de faire une première évaluation de votre projet et de vous donner des indications sur les étapes subséquentes s'il y a lieu. Veuillez prendre note que l'établissement se réserve le droit, à son entière discrétion, de ne pas donner suite aux projets qui lui sont soumis.

**Prendre note que dans les situations où il y a plus d'un postulant dans la démarche, il y a nécessité de compléter un autre questionnaire pour tous les points, sauf le point 7.**

Les informations transmises sont confidentielles et à l'usage de \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_ dans son mandat d'évaluation vers une reconnaissance de la ressource intermédiaire.

## 1. INFORMATIONS SUR LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

1.1 **Nom de la raison sociale** (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

1.2 **Nombre d'installations** \_\_\_\_\_

(complétez l'annexe I pour chaque installation)

1.3 **Adresse** \_\_\_\_\_

Localité \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ résidence      Téléphone : (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ travail

### 1.4 Identification du postulant

(S'il y a plus d'un postulant, remplir un autre formulaire, sauf le point 7)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Féminin  Masculin  Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assurance sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Langue parlée : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Langue écrite : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Scolarité : \_\_\_\_\_

#### État civil

Marié  Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom du conjoint \_\_\_\_\_

Divorcé  Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Veuf/veuve  Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Célibataire

**Adresse** (si différente de l'installation identifiée en 1.3)

Localité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone à domicile (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Autre (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### 1.5 Personnes vivant dans l'installation :

Avez-vous des **enfants** qui vivront dans la ressource ?

oui  non  nombre \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Scolarité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Scolarité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Scolarité \_\_\_\_\_

Aurez-vous **d'autres personnes** qui vivront dans la ressource ?

oui  non  nombre \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

### 1.6 État de santé

Souffrez-vous ou avez-vous souffert **d'incapacité, de déficience, de maladie physique ou mentale** ? oui  non

Si oui, de quelle nature ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dates et motifs de l' hospitalisation (s'il y a lieu)

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motif \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motif \_\_\_\_\_

**Médication** actuelle (prescrite par un médecin ou toute autre forme telle que médecine douce)

---

---

---

---

### 1.7 Disponibilité

Avez-vous un travail autre que celui du projet présenté ? oui  non

De quelle nature ? \_\_\_\_\_

---

---

Combien d'heures / semaine \_\_\_\_\_

### 1.8 Pratique religieuse

De quelle **religion** êtes-vous ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous pratiquant ? oui  non

Adhérez-vous à un ou des **regroupements religieux** ou à **caractère spirituel** ?  
oui  non

Si oui le ou lesquels ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### 1.9 Habitudes de vie

Adhérez-vous à des **habitudes de vie particulière** ou **idéologie** fondamentaliste ?

oui  non

Si oui la ou lesquelles ?

---

---

---

---

---

### 1.10 Antécédents judiciaires

Avez-vous des **antécédents judiciaires** ?

oui  non

Si oui lesquels ?

---

---

---

---

---

Avez-vous fait l'objet d'une **enquête policière** ?

oui  non

Si oui pour quelle raison ?

---

---

---

---

---



---

---

## 2. DEGRÉ SCOLAIRE ET AUTRES FORMATIONS

---

---

### 2.1 Degré de scolarité

(veuillez nous indiquer le dernier degré complété)

- PRIMAIRE  \_\_\_\_\_
- SECONDAIRE  \_\_\_\_\_
- COLLÉGIAL  \_\_\_\_\_ (fournir attestation)
- UNIVERSITAIRE  \_\_\_\_\_ (fournir attestation)

### 2.2 Autres formations

(veuillez nous indiquer les formations pertinentes que vous avez suivies, en lien avec votre projet)

(les attestations seront demandées au besoin)

**cours** \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**cours** \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**cours** \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**cours** \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



---

---

## 5. DEGRÉ SCOLAIRE ET AUTRES FORMATIONS

---

---

5.1 Êtes-vous membre d'organisme, club social, d'association ou autre groupe et à quel titre ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5.2 À quoi occupez-vous vos loisirs ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. RECONNAISSANCE

---

---

6.1 Reconnaissance à titre de ressource intermédiaire

Avez-vous déjà fait une offre de services pour devenir une ressource intermédiaire ?  
oui  non

Si oui, à quel endroit et quelle fut la décision rendue ? \_\_\_\_\_

---

---

---

## 6.2 Reconnaissance à titre de ressource de type familial

Avez-vous déjà été reconnue ressource de type familial (*famille ou résidence d'accueil ?*)  
oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

## 7. PROJET DÉTAILLÉ DE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

---

---

Complétez l'appendice 1

---

---

## 8. RÉFÉRENCES

---

---

Complétez l'appendice 2

---

---

## 9. AUTORISATION

---

---

Complétez l'appendice 3

---

---

## 10. SIGNATURE

---

---

Je déclare que les réponses aux questions sont exactes et répondues au meilleur de ma connaissance ainsi que les informations transmises.

\_\_\_\_\_  
Signature du postulant

date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_