RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

FORMULARIES : COORDINATION MECHANISM FOR ACCES TO SERVICES FOR INTELLECTUALLY HANDICAPPED PERSONS

Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle
Direction de la programmation et coordination
Novembre 2001

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001

FORMULARIES : COORDINATION MECHANISM FOR ACCES TO SERVICES FOR INTELLECTUALLY HANDICAPPED PERSONS

- Needs' assessment for the child and his/her family for 0-5 years old
  (RR-01A, 0-5 years old)

- Needs' assessment for the person and his/her family for 6 years and older
  (RR-01A, 6 years and older)

- Document explicatif concernant certains éléments du formulaire RR-01 "Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille" dans le cadre du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

- Global needs' assessment, summary of functional abilities and preliminary information for the development of an individualized service plan for the 0-5 years old
  (RR-02A, 0-5 years)

- Global needs' assessment, summary of functional abilities and preliminary information for the development of an individualized service plan for 6 years and older
  (RR-02A, 6 years and older)

- Individualized service plan
  (RR-03A)

- Modèle d'autorisation de la personne à communiquer des renseignements personnels et de procéder à une demande de services

Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle
Direction de la programmation et coordination
Novembre 2001

Return this form to the rehabilitation centre for the intellectually handicapped (CRDI) in your territory (copy to the CLSC if filled by another establishment)

NEEDS' ASSESSMENT FOR THE CHILD AND HIS/HER FAMILY FOR 0-5 YEARS OLD[1]

File number of referring institution :	

1. PERSONAL DATA

Last name : ______________________ First name : ______________________

Date of birth : ______ / ______ / ______ (Day / Month / Year) Sex : female ☐ male ☐

Health insurance no. : ______________________

Adapted transportation number, if applicable : ☐

Address : ______________________ (Number) | ______ (Apt)

______________________ (City) ______ (Province) | ______ (Postal Code)

CLSC territory of the child : ______________________

Phone (home) : ( ) ______________________

2. TYPE OF SERVICES REQUESTED FOR THE CHILD AND HIS/HER FAMILY TO THE ESTABLISHMENT (CRDI)

Home based training ☐

Specialized respite services ☐ Residential services ☐

Emergency respite services in a social emergency ☐ Other, specify ______________________

3. SOCIAL AND SOCIO-ECONOMIC INFORMATION

Language of child : French ☐ English ☐ Other, specify : ____________

Language of parents : French ☐ English ☐ Other, specify : ____________

Citizenship : ______________________ Religion, specify, if necessary : ______________________

Immigration status of the child, specify (e.q. : sponsored, refugee, visitor, etc.) : ______________________

Immigration status of parents, specify (e.q. : sponsored, refugee, visitor, student, etc.) : ______________________

Need for interpreter, speficy language, or substitute communication mode, if any : ______________________

[1] ***Pour toute information complémentaire pour remplir le présent formulaire, vous référez au « Document explicatif concernant certains éléments du formulaire RR-01, Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille dans le cadre du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ».***

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

3. SOCIAL AND SOCIO-ECONOMIC INFORMATION (cont.)

Principal activity of the child

	Full time	Part time	
Home	☐	☐	
Daycare	☐	☐	
Prekindergarten	☐	☐	
Kindergarten	☐	☐	
Home daycare	☐	☐	
Other	☐	☐	Specify : ____________

Parents' source of income

Employment income	☐	Pension income	☐	No answer	☐
	☐	Old age pension	☐	Family allowance	☐
Income security program	☐	No income	☐	Handicapped person allowance	☐

Specify whether the services are required under :

Youth Protection Act ☐

4. THE CHILD'S ENVIRONMENT

A) Living environment

<u>Note : The CLSC's mandate relates primarily to the first three living environments</u>

1. Natural family ☐
2. Private resource ☐
3. Family type resource ☐
4. Hospital ☐
5. Residential resource with allocations ☐ Specify : ____________
6. Other resource ☐ Specify : ____________

   Since when (approximately) : ____________ (Month) ____________ (Year)

B) Description and evaluation of the physical living environment (security, cleanliness, appropriatness to the child's situation, etc.)

No information available ☐

Comments :

____

____

____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. THE CHILD'S ENVIRONMENT (cont.)

C) Family and relatives

Living environment

The child resides with :

Father and mother ☐

Father and mother in joint custody ☐

Father ☐

Mother ☐

Another family or close friend ☐ Specify the relationship : ____________________

D) Number and caracteristics of persons living with the child, other than those identified in c), and excluding the child requiring services

	Total number of persons	Person with a handicap
Brothers and sisters	____________	____________
Other persons over 18	____________	____________
Other persons under 18	____________	____________

E) If the child does not live with his or her family, are they in regular contact, with whom and how often?

____

____

____

____

F) What is the level of support or involvement of the person's kinship network?

____

____

____

____

G) If the father or mother works, specify

____

____

____

____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. THE CHILD'S ENVIRONMENT (cont.)

H) Other comments on the child's environment

____

____

____

____

____

____

____

I) Indicate if there are any counterindications for communication with persons in the child's environment

____

____

____

____

____

____

____

____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. SIGNIFICANT PERSONS

First person

A) Relationship

Father	☐		
Mother	☐		
Brother/sister	☐		
Other relative	☐		
Friend/neighbour	☐		
Foster family	☐		
Caseworker	☐	Specify :	____________
Community organization	☐	Specify :	____________
Other	☐	Specify :	____________

B) Responsability

Custody of the child ☐ Designated representative ☐

C) Frequency of contacts

Daily	☐	Monthly	☐	Yearly	☐
Weekly	☐	4 to 6 times per year	☐	Less than once a year	☐
Every two weeks	☐	2 to 3 times per year	☐	Other, specify :	____________

D) Name and coordinates

Last name : ______________________ First name : ______________________

Address : ____ | ____________

Number Apt

____ | ____________

City Province Postal code

Phone (home) : ( ) ______________________

Language spoken : ____________ Language of correspondence : ____________

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. SIGNIFICANT PERSONS (cont.)

Second person

A) Relationship

Father ☐
Mother ☐
Brother/sister ☐
Other relative ☐
Friend/neighbour ☐
Foster family ☐
Caseworker ☐ Specify : ______________________
Community organization ☐ Specify : ______________________
Other ☐ Specify : ______________________

B) Responsability

Custody of the child ☐ Designated representative ☐

C) Frequency of contacts

Daily	☐	Monthly	☐	Yearly	☐
Weekly	☐	4 to 6 times per year	☐	Less than once a year	☐
Every two weeks	☐	2 to 3 times per year	☐	Other, specify :	__________

D) Name and coordinates

Last name : ______________________ First name : ______________________

Address : ______________________ | ________
Number Apt

______________________ | ________
City Province Postal code

Phone (home) : ( ) ______________________

Language spoken : ____________ Language of correspondence : ____________

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

6. DIAGNOSIS OR ASSOCIATED SYNDROMES, PHYSICAL OR MENTAL HEALTH PROBLEMS AND ASSOCIATED HANDICAPS

A) Diagnosis or syndrome associated to the global developmental delay (Downs syndrome, autism, Rett's syndrome, etc.)

If yes, specify : ______________________________

Is the cause known? Specify : ______________________________

B) Specify if the child has physical and/or mental health problems which require specific care, and also indicate the medication, if any

____
____
____
____

____
____
____
____

C) Identify the associated handicaps other than the global developmental delay

- ☐ Motor handicap (including neurological problem)
  Specify : ______________________________
- ☐ Communication handicap, specify : ______________________________
- ☐ Auditory handicap, specify : ______________________________
- ☐ Visual handicap, specify : ______________________________
- ☐ Tactile handicap, specify : ______________________________
- ☐ Other (taste, touch), specify : ______________________________

D) Description of the child's behavior necessitating intervention :

____
____
____
____
____
____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

7. PAST, CURRENT AND REQUESTED SERVICES FOR THE CHILD AND HIS/HER FAMILY

A) Enter the current services and then past services

Type of service received by the child and his/her family	Service provider	Beginning date	End date	Reason for terminating service
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___

b) Enter the services on a waiting list

Type of services for wich the child and/or family are waiting	Service provider	Date registered on a waiting list
		/ / (D M A)
		/ / (D M A)
		/ / (D M A)

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

8. NEEDS AND EXPECTATIONS OF THE CHILD AND HIS/HER FAMILY (AS EXPRESSED BY THE FAMILY)

Indicate the nature of the expectations and needs, the reasons for the service request as well as any family or social situation indicating exhaustion, crisis or isolation

9. PRELIMINARY NEEDS'ASSESSMENT OF THE CHILD AND HIS/HER FAMILY (AS IDENTIFIED BY THE WORKER)

Indicate if this request for services should be treated on a priority basis

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

10. RECOMMENDATIONS

Indicate referrals, interventions or procedures which must be taken immediately with regards to the child or the family

11. REPORTS INCLUDED WITH THIS APPLICATION FOR SERVICES

Please indicate below the assessments or professional reports deemed relevant to the application for services

	Included	To be forwarded
Medical report[2]		
Psychosocial report		
Psychological assessment		
Psychiatric assessment		
Occupational therapy assessment		
Auditory assessment		
Physiotherapy assessment		
Summary evaluation of day to day activities, if applicable		
Report of last Intervention Plan		
Report of last Individualized Service Plan		
Other, specify :		

[2] **Includes neurology, cardiology, ORL reports, etc.**

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

12. Additional Information

Name and address of parents (if different than point 5, significant persons)

Mother ☐

Maiden family name : ______________________ First name : ______________________

Date of birth : ______ / ______ / ______
Day Month Year

Address : ______________________________________ | ______
Number Apt.

______________________________________ | ______
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Father ☐

Last name : ______________________ First name : ______________________

Date of birth : ______ / ______ / ______
Day Month Year

Address : ______________________________________ | ______
Number Apt.

______________________________________ | ______
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Name and address of the person, the institution and the department who has completed this form for the child who requires services

Last name : ______________________ First name : ______________________

Title : ______________________

Institution : ______________________________________

Address : ______________________________________ | ______
Number Apt

______________________________________ | ______
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Indicate the person or persons to contact in an emergency

____

____

Form completed on the following date by the person requesting services : ______________________

Signature of professional : ______________________________

Return this form to the rehabilitation centre for the intellectually handicapped (CRDI) in your territory (copy to the CLSC if filled by another establishment)

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

logo de votre établissement

Le (date)

«Responsable de l'accès»
«CRDI»

Objet : Recommandation d'une demande de services ou d'une démarche PSI et demande d'évaluation globale pour

---

Vous trouverez ci-joint l'évaluation sommaire des besoins et des attentes pour .

❑ Nous demandons à votre établissement de procéder à l'étude de cette demande de services.

ou

❑ Nous recommandons que cette demande de services soit considérée dans le cadre d'une démarche d'un PSI.

Si vous jugez cette personne éligible et convenez de la nécessité d'un PSI, veuillez procéder à l'évaluation globale des besoins de cette personne et nous informer dès que celle-ci sera complétée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, , l'expression de nos sentiments les meilleurs.

«signature intervenant»

Return this form to the rehabilitation centre for the intellectually handicapped (CRDI) in your territory, (copy to the CLSC if filled by another establishment)

NEED'S ASSESSMENT FOR THE PERSON AND HIS/HER FAMILY FOR 6 YEARS AND OLDER[1]

File number of referring establishment :	

1. PERSONAL DATA

Last name : ______________________ First name : ______________________

Date of birth : ______ / ______ / ______ (Day / Month / Year) Sex : female ☐ male ☐

Health insurance no. : ______________________ Income security no. : ______________________

Adapted transportation number, if applicable : ☐

Accompaniment card : yes ☐ no ☐

Address : ______________________ | ______
Number | Apt

______________________ | ______
City | Province | Postal Code

CLSC territory of the person : ______________________

Phone (home) : ( ) ______________________

Phone (work) : ( ) ______________________

2. TYPE OF SERVICES REQUESTED BY THE PERSON AND/OR HIS/HER FAMILY TO THE ESTABLISHMENT (CRDI)

Home based training ☐ Socioprofessional services ☐

Specialized respite services ☐ Residential services ☐

Emergency respite services in a social emergency ☐ Other, specify : ______________________

3. SOCIAL AND SOCIO-ECONOMIC INFORMATION

Language of the person : French ☐ English ☐ Other, specify : ______________________

Language of service : French ☐ English ☐

Citizenship : ______________________ Religion, specify, if necessary : ______________________

Religion, specify, if necessary : ______________________

Immigration status specify (e.q. : sponsored, refugee, visitor, student, etc.) : ______________________

Need for interpreter, speficy language, or substitute communication mode, if any : ______________________

____

[1] *Pour toute information complémentaire pour remplir le présent formulaire, vous référez au « Document explicatif concernant certains éléments du formulaire RR-01, Évaluation sommaire des attentes et des besoins de la personne et de sa famille dans le cadre du mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ».*

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

3. SOCIAL AND SOCIO-ECONOMIC INFORMATION (cont.)

Marital status (for 14 years and older)

Single	☐	Common-law spouse	☐	Widowed	☐
Married	☐	Separated/divorced	☐		

Principal activity

	Full time	Part time	
School	☐	☐	
Community based education	☐	☐	
Adult education	☐	☐	
Day centre	☐	☐	
SAHT (workshop)	☐	☐	
Assisted job placement	☐	☐	
CTA (adapted employment)	☐	☐	
Subsidized employment	☐	☐	
Regular employment	☐	☐	
Volunteer work	☐	☐	
Other	☐	☐	Specify : ____________
Searching for a job	☐	☐	
None	☐	☐	

Source of income

Employment income	☐	Pension income	☐	No answer	☐
Unemployment income	☐	Old age pension	☐	Family allowance	☐
Income security program	☐	No income	☐	Handicapped person allowance	☐

The person or his/her property is under protective supervision (18 years and older)

None ☐ Public ☐ Private ☐

Name of the legal representative : ____________________

Specify the form of protection, if any

		Date of opening (Day / Month / Year)	Date of review (Day / Month / Year)	File number
Advisor for adults	☐	/ /	/ /	
Tutorship of the property	☐	/ /	/ /	
Tutorship of the person	☐	/ /	/ /	
Tutorship of property and the person	☐	/ /	/ /	
Curatorship of property	☐	/ /	/ /	
Curatorship of property and the person	☐	/ /	/ /	

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

3. SOCIAL AND SOCIO-ECONOMIC INFORMATION (cont.)

Specify whether the services are required under one of the following laws

Youth Protection Act ☐

Young Offenders Act ☐

4. EDUCATION (to be completed for the 6-21 year old)

(In progress or completed, whichever applies)

Last school attended : ____________________

Last year of attendance (if known) : ____________________

Level of education

None	☐	Unknown	☐
Primary	☐	Other, specify :	____________
Secondary	☐		

Level of integration

Regular school, regular class	☐	Adult education	☐
Regular school, special class	☐	Specify programs	____________
Specialized school	☐	Unknown	☐
Home schooling	☐	Other (e.q. : community-based) Specify : ____________	☐

5. THE PERSON'S ENVIRONMENT

A) Living environment

Note : The CLSC mandate relates primarily to the first three living environments

1. Independant living ☐

2. Natural family ☐

3. Private resource ☐

4. Family type resource (0-18 years old) ☐

5. Family type resource for adults and the elderly ☐

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. THE PERSON'S ENVIRONMENT (cont.)

A) Living environment (cont.)

6. Rehabilitation centre resource ☐

6.1. Residential resource with continuous assistance (adult) ☐

6.2. Residential resource with allocations for continuous assistance ☐

6.3. Other resource ☐ Specify : ____________________

7. Hospital ☐

8. Other Specify : ____________________

Since when (approximately) : ____________ (month) ________ (year)

B) Description and evaluation of the physical living environment (security, cleanliness, appropriatness to the person's situation, etc.)

No information available ☐

Comments :

____

____

____

____

C) Family and relatives

Living environment

The person resides alone ☐ or with : ☐

Father and mother ☐

Father and mother in joint custody ☐

Father ☐

Mother ☐

Another family member or close friend ☐ Specify the relationship : ____________________

D) Number and caracteristics of persons living with the child, other than those identified in c), and excluding the person requiring services

	Total number of persons	**Person with a handicap**
Brothers and sisters	______	______
Other persons over 18	______	______
Other persons under 18	______	______

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. THE PERSON'S ENVIRONMENT (cont.)

E) If the person does not live with his or her family, are they in regular contact, with whom and how often?

F) What is the level support or involvment of the person's kinship network, and what type of relationship does the person have with his/her family or close friends?

G) If the father or the mother work, specify

H) Other comments on the person's environment

il) Indicate if there are any counterindications for communication with individuals in the person's environment

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

6. SIGNIFICANT PERSONS

First person

A) Relationship

Father	☐		
Mother	☐		
Brother/sister	☐		
Spouse	☐		
Son/daugther	☐		
Other relative	☐		
Friend/neighbor	☐		
Caregiver/family type resource	☐		
Caseworker	☐	Specify :	____________
Community organization	☐	Specify :	____________
Employer	☐	Specify :	____________
School	☐	Specify :	____________
Other	☐	Specify :	____________

B) Responsability

Custody of the person	☐	Tutor	☐	Proxy	☐
Curator	☐	Advisor	☐	Designated representative	☐

C) Frequency of contacts

Daily	☐	Monthly	☐	Yearly	☐
Weekly	☐	4 to 6 times per year	☐	Less than once a year	☐
Every two weeks	☐	2 to 3 times per year	☐	Other, specify :	____________

D) Name and coordinates

Last name : ____________________ First name : ____________________

Address : ______________________________ | ____________

Number Apt

______________________________ | ____________

City Province Postal code

Phone (home) : ( ) ____________________

Language spoken: Language of correspondence :

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

6. SIGNIFICANT PERSONS (cont.)

Second person

A) Relationship

Father	☐		
Mother	☐		
Brother/sister	☐		
Spouse	☐		
Son/daugther	☐		
Other relative	☐		
Friend/neighbor	☐		
Caregiver/family type resource	☐		
Caseworker	☐	Specify :	____________
Community organization	☐	Specify :	____________
Employer	☐	Specify :	____________
School	☐	Specify :	____________
Other	☐	Specify :	____________

B) Responsability

Custody of the person	☐	Tutor	☐	Proxy	☐
Curator	☐	Advisor	☐	Designated representative	☐

C) Frequency of contacts

Daily	☐	Monthly	☐	Yearly	☐
Weekly	☐	4 to 6 times per year	☐	Less than once a year	☐
Every two weeks	☐	2 to 3 times per year	☐	Other, specify :	____________

D) Name and coordinates

Last name : ____________ First name : ____________

Address : ____________ | ____________

Number Apt

____________ | ____________

City Province Postal code

Phone (home) : ( ) ____________

Language spoken: Language of correspondence :

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

7. DIAGNOSIS OR ASSOCIATED SYNDROME, PHYSICAL OR MENTAL HEALTH PROBLEMS AND ASSOCIATED HANDICAPS

A) Diagnosis or syndrome associated to the intellectual limitation (Downs syndrome, autism, Rett's syndrome, etc.)

If yes, specify : ______________________________

Is the cause known? Specify : ______________________________

B) Specify if the person has physical and/or mental health problems which require specific care, and also indicate the medication, if any

____
____
____
____
____
____
____
____

C) Identify the associated handicaps

- ☐ Motor handicap (including neurological problem)
  Specify : ______________________________
- ☐ Communication handicap, specify : ______________________________
- ☐ Auditory handicap, specify : ______________________________
- ☐ Visual handicap, specify : ______________________________
- ☐ Tactile handicap, specify : ______________________________
- ☐ Other (taste, touch), specify : ______________________________

D) If the person has serious adaptation problems, specify

____
____
____
____

E) If the person has behaviour problems, specify

____
____
____
____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

8. PAST, CURRENT AND REQUESTED SERVICES FOR THE PERSON AND HIS/HER FAMILY

A) Enter the current services and then past services

Type of service received by the person and his/her family	Service provider	Beginning date	End date	Reason for terminating service
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___
B		/ / (D M Y)	/ / (D M Y)	End of interventions ___ or ___

B) Enter the services on a waiting list

Type of services for which the person and/or family are waiting	Service provider	Date registered on a waiting list
		/ / (D M Y)
		/ / (D M Y)
		/ / (D M Y)

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

9. NEEDS AND EXPECTATIONS OF THE PERSON AND HIS/HER FAMILY (AS EXPRESSED BY THE FAMILY)

Indicate the nature of the expectations and needs, the reasons for the service request as well as any family or social situation indicating exhaustion, crisis or isolation

As expressed by the person

As expressed by the family

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

10. PRELIMINARY NEEDS' ASSESSMENT OF THE PERSON AND HIS/HER FAMILY (AS IDENTIFIED BY THE WORKER)

Indicate if this request for services should be treated on a priority basis

11. RECOMMENDATIONS

Indicate referrals, interventions or procedures which must be taken immediately with regards to the person or the family

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

12. REPORTS INCLUDED WITH THIS APPLICATION FOR SERVICES

Please indicate below the assessments or professional reports deemed relevant to the application for services

	Included	To be forwarded
Medical report[2]	☐	☐
Psychosocial report	☐	☐
Psychological assessment	☐	☐
Psychiatric assessment	☐	☐
Occupational therapy assessment	☐	☐
Auditory assessment	☐	☐
Physiotherapy assessment	☐	☐
Criminology assessment	☐	☐
Job placement evaluation	☐	☐
Summary evaluation of activity of daily living, if applicable	☐	☐
Report of last intervention plan	☐	☐
Report of last individualized service plan	☐	☐
Other, specify :		
______________________________	☐	☐
______________________________	☐	☐
______________________________	☐	☐

[2] **Includes neurology, cardiology, ORL reports, etc.**

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

13. ADDITIONAL INFORMATION

Parents' name and address (to be completed if different from point 5, significant persons)

Mother ☐

Maiden family name : ____________________ First name : ____________________

Date of birth : ______ / ______ / ______
Day Month Year

Address : ______________________________ | ________
Number Apt.

______________________________ | ________
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Father ☐

Last name : ____________________ First name : ____________________

Date of birth : ______ / ______ / ______
Day Month Year

Address : ______________________________ | ________
Number Apt.

______________________________ | ________
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Person who has requested services

Last name : ____________________ First name : ____________________

Relationship : ____________________

Name and address of the person, the institution and the department who has completed this form for the person who requires services

Last name : ____________________ First name : ____________________

Title : ____________________

Institution : ______________________________

Address : ______________________________ | ________
Number Apt

______________________________ | ________
City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________________

Indicate the person or persons to contact in an emergency

____

____

Form completed on the following date by the person requesting services : ____________________

Signature of professional : ______________________________

Return this form to the rehabilitation centre for the intellectually handicapped (CRDI) in your territory, (copy to the CLSC if filled by another establishment)

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

Logo de l’établissement

Le (date)

«Responsable de l’accès»
«CRDI»

Objet : Recommandation d’une demande de services ou d’une démarche PSI et demande d’évaluation globale pour

Vous trouverez ci-joint l’évaluation sommaire des besoins et des attentes pour .

❑ Nous demandons à votre établissement de procéder à l’étude de cette demande de services.

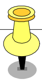
ou

❑ Nous recommandons que cette demande de services soit considérée dans le cadre d’une démarche d’un PSI.

Si vous jugez cette personne éligible et convenez de la nécessité d’un PSI, veuillez procéder à l’évaluation globale des besoins de cette personne et nous informer dès que celle-ci sera complétée.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d’agréer, , l’expression de nos sentiments les meilleurs.

«signature intervenant»



DOCUMENT EXPLICATIF
CONCERNANT CERTAINS ÉLÉMENTS DU FORMULAIRE RR-01

ÉVALUATION SOMMAIRE DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE
DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE COORDINATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Direction de la programmation
et coordination

Services d'intégration sociale
aux personnes présentant une déficience intellectuelle

Mise à jour le 16 novembre 2001
J:\Services\Documentaires\Publications Régie-Agence\V5231-21 186\V-5231-21-186_4RR-01_doc-expl.doc

LEXIQUE SUR LES PRINCIPAUX SERVICES RETROUVÉS DANS LE PROGRAMME DE SOUTIEN À LA PERSONNE, À SA FAMILLE ET À LA COMMUNAUTÉ

Les cinq centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Montréal offrent des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes déficientes intellectuelles, que ce soit dans leur milieu de vie familial, en milieu de garde, à l'école, en milieu de loisirs, dans leur appartement ou en résidence autonome. Ces services sont principalement offerts par des éducateurs spécialisés.

Les intervenants des CRDI de Montréal ont aussi la responsabilité d'informer et d'accompagner les membres de la famille et de les habiliter à intervenir auprès de la personne déficiente intellectuelle en leur fournissant des moyens appropriés pour assurer le développement optimal de cette personne.

INTERVENTION PRÉCOCE

Aide éducative apportée par un intervenant spécialisé d'un CRDI qui, en plus de travailler avec l'enfant présentant un retard de développement, vise surtout à habiliter les parents à intervenir et à aider la personne dans son développement.

SERVICE D'INTERVENTION INTENSIVE

Service offert aux personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement. Le service est offert en priorité aux enfants âgés de moins de 5 ans. L'approche d'intervention comportementale suggérée est de type Lovaas, TEACCH ou toute autre approche appropriée et scientifiquement validée. Un minimum de dix heures\semaine doit être accordé à chaque personne.

SOUTIEN À LA FAMILLE ET AUX PROCHES

- ✓ **Répit spécialisé**

  Répit offert par les CRDI dans les ressources résidentielles du réseau de la déficience intellectuelle lorsqu'il y a une situation problématique concommitante à la déficience intellectuelle d'une personne, c'est-à-dire des troubles du développement ou de la personnalité ou encore une incapacité physique.

- ✓ **Dépannage en situation d'urgence sociale**

  Service offert aux personnes qui sont sans ressource résidentielle. L'objectif est d'héberger la personne, la sécuriser, au besoin stabiliser ses comportements, et ultimement la retourner dans son milieu.

Selon les établissements, **différents services** peuvent être offerts à l'intérieur de ce programme. Nous retrouvons, entre autres, l'accès à des services professionnels de psychologie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de physiothérapie et de sexologie.

MILIEU DE VIE AUTONOME en référence à la section 4 du RR-01

MILIEU DE VIE AUTONOME

✓ **Maison, appartement**

Domicile de la personne, sans soutien résidentiel, ou chambre occupée par une personne dans une maison de chambre ou une famille sans qu'aucun établissement n'ait de responsabilité à l'égard des services.

✓ **Appartement ou résidence autonome**

Un appartement, ou une résidence, occupé et défrayé par une ou plusieurs personnes qui reçoivent des services de réadaptation en lien avec leur vécu résidentiel.

La personne peut demeurer seule ou avec d'autres.

FAMILLE NATURELLE

Domicile de la personne présentant une déficience intellectuelle vivant avec sa famille naturelle ou élargie.

RESSOURCE PRIVÉE

Gamme diversifiée de ressources dans la communauté qui n'ont pas de contrat avec les établissements du réseau.

LEXIQUE SUR
LES DIFFÉRENTS SERVICES SOCIOPROFESSIONNELS

CENTRE POUR ACTIVITÉS DE JOUR

Milieu offrant des types variés d'occupation durant la journée et ce, en fonction des goûts, intérêts, âge, état de santé, nature de la déficience ou du handicap de l'individu.

ATELIER DE TRAVAIL (SAHT)

Endroit ségrégué où les personnes présentant une déficience intellectuelle viennent compléter leur apprentissage et acquérir les habiletés et attitudes requises pour s'adapter au monde du travail.

SUPPORT STAGE EN MILIEU DE TRAVAIL

Milieu de travail régulier où la personne présentant une déficience intellectuelle expérimente ou apprend son métier sous la supervision d'un intervenant et ce, avant d'intégrer le monde du travail.

EMPLOI ADAPTÉ (CTA)
À noter que le CTA ne relève pas du CRDI

Organisme sans but lucratif de production qui emploie majoritairement des personnes présentant une déficience intellectuelle qui sont productives mais non compétitives. L'individu se trouve à avoir un emploi rémunéré en milieu ségrégué.

EMPLOI SUBVENTIONNÉ (CIT)

L'employeur est subventionné pour réaliser des adaptations de poste de travail pour des personnes présentant une déficience intellectuelle ou pour subventionner le salaire de ces personnes afin de compenser leur non-compétitivité.

EMPLOI RÉGULIER

Personne présentant une déficience intellectuelle qui exerce un travail rémunéré en milieu régulier.

LEXIQUE
SUR LE PROGRAMME RÉSIDENTIEL

FAMILLE D'ACCUEIL (0-17 Ans)
Souvent connue sous l'appellation de ressource de type familiale

Une ou deux personnes accueillant chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

RÉSIDENCE D'ACCUEIL POUR ADULTES ET PERSONNES ÂGÉES (18 ans et plus)
Souvent connue sous l'appellation de ressource de type familiale

Une ou deux personnes accueillant chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

RESSOURCE RÉSIDENTIELLE AVEC ALLOCATION POUR ASSISTANCE CONTINUE (adultes)
Souvent connues sous l'appellation de ressource intermédiaire

Ressource résidentielle rattachée à un établissement public qui dispense à un usager, par l'entremise de cette ressource, des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

RESSOURCE RÉSIDENTIELLE À ASSISTANCE CONTINUE (adultes)
Souvent connue sous l'appellation de résidence communautaire

Ressource où les usagers inscrits reçoivent du personnel du CRDI une assistance continue 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les usagers ont plus de 18 ans et défraient une partie des coûts générés par la ressource.

GLOBAL NEEDS' ASSESSMENT, SUMMARY OF FUNCTIONAL ABILITIES AND PRELIMINATY INFORMATION FOR THE DEVELOPMENT OF AN INDIVIDUALIZED SERVICE PLAN FOR THE 0- 5 YEARS OLD

CRDI file number :
File number of referring institution :

1. PERSONAL INFORMATION

Last name : ________________________________ First name : ______________________________

2. GENERAL STATUS OF THE CHILD AND HIS/HER FAMILY

Clarify the reasons for this application

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

2. GENERAL STATUS OF THE CHILD AND HIS/HER FAMILY (cont.)

3. GENERAL STATUS OF THE CHILD AND HIS/HER FAMILY

Short term, medium-term and long term expectations as expressed by the person, his/her family or his/her representative

Short term	Medium-term	Long term

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP

AREA OF ACTIVITIES[1] (if necessary)	# 1 **PHYSICAL HEALTH** Skills and autonomy in taking care of his/her health, taking medication, other physiological functions : breathing, digestion, excretion, reproduction, stamina and dental care. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction and accessibility, vaccination.**	# 2 **MOTOR FUNCTIONS-VISION-HEARING** Fine and gross motor skills, technical aids used. Hearing and vision abilities; technical aids used. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility.**
Child's situation and current services		
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Child's strengths		
Suggested objectives		

[1] **The description of the areas of activity are derived mainly from the following documents** :
OPHQ. *«Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services»*, septembre 1993.
BOISVERT,Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). *«La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants»*, septembre 1995, pages 23 à 30.

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES[2] (if necessary)	# 3 **COGNITIVE ASPECT** Abilities related to attention, concentration, body image, time and space, memory, senses and perception. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility.**
Child's situation and current services	
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker	
Environmental factors	
Child's strengths	
Suggested objectives	

[2] **The description of the areas of activity are derived mainly from the following documents** :
OPHQ. *«Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services»*, septembre 1993.
BOISVERT,Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). *«La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants»*, septembre 1995, pages 23 à 30.

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 4 LIVING ENVIRONMENT **S**atisfaction with his/her living environment, privacy freedom, security, tranquility. **The people he/she lives with, the type of resources, type of residence, accessibility, location, cleanliness, security, neighbourhood.**	# 5 HOME LIFE **A**bilities and autonomy related to ADL's : nutrition, physical condition, personal care, dress. **A**bilities and autonomy related to domestic tasks : household upkeep, care of clothing, exterior upkeep, exterior mobility, ensuring safety and security. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction.**
Child's situation and current services		
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Child's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 6 **COMMUNICATION** **M**odes of verbal and non-verbal communication, abilities related to the expression of needs and ideas, comprehension, writing, reading, using the telephone, radio, tv, etc. **S**atisfaction with his/her level of communication. Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility.	# 7 **TRAVEL AND TRANSPORTATION** **A**bilities related to orientation, foot travel, understanding public signs, safety rules, use of transport. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. Routine trips, modes of transport used, availability, schedules, receptivity of carriers, support and services.
Child's situation and current services		
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Child's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 8 **DAYCARE** **A**bilities related to participation in activities, likes, interests, rapport with other children and monitors. **S**atisfaction with his/her development. **Type of day-care environment attended, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services.**	# 9 **EDUCATION (for the child in kindergarten)** **A**bilities related to academic and other training, likes and interests, relationships in the classroom and school. **S**atisfaction with his/her development. **Type of school and class attended, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services..**
Child's situation and current services		
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Child's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 10 **LEISURE, RECREATION AND COMMUNITY LIFE** **A**bilities related to participation in activities, tastes and interests, relationships in this activity environment : restaurant, shopping, place of workship, cinema **S**atisfaction with his/her participation. **Type of leisure environment, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services.**	# 11 **AFFECTIVE DEVELOPMENT** **A**bilities related to the expression and control of feelings and emotions, motivation, behavior, expression of sexuality. **A**bilities in relating to loved ones, peers, friends, ability to defend rights, vulnerability. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, attentiveness and understanding milieu.**
Child's situation and current services		
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Child's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. Assessments, summary information for the ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 12 **FAMILY ENVIRONMENT** **K**nowledge of the person's handicap, of existing resources and programs, of the family dynamic, the organization of family members' daily activities, level of exhaustion, natural support network. **S**atisfaction with the family's state of well-being. **Support received from the environment; services received, level of satisfaction and receptivity of the milieu.**
Child's situation and current services	
Needs expressed by the child and/or his/her family and those identified by the worker	
Environmental factors	
Child's strengths	
Suggested objectives	

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. Significant people for the ISP meeting

Individuals chosen to participate in a meeting

Last name	First name	Phone	Relationship

6. Remarks

Regarding the preparation of the meeting, are there any contentious or controversial issues that require prior discussion? Please note any other pertinent remarks

7. List of evaluation instruments used by the CRDI

List the evaluation instruments used to prepare this global needs assessment other than those attached to RR-01 (0-5 years old)

Evaluation instrument	Evaluators	Results	Date

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

8. ADDITIONAL INFORMATION

Identification of the professional who completed this form for services and his/her institution

Last name : ______________________ First name : ______________________

Title : ______________________

Institution : ______________________

Address : ______________________ | ______

Number | Apt.

______________________ | ______

City | Province | Postal code

Phone : ( ) ______________________

Persons met during the evaluation

Last name	First name	Relationship	Title

Evaluation date : ______________________

Signature of professional : ______________________

Document given to : ______________________

____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

GLOBAL NEEDS' ASSESSMENT, SUMMARY OF FUNCTIONAL ABILITIES AND PRELIMINATY INFORMATION FOR THE DEVELOPMENT OF AN INDIVIDUALIZED SERVICE PLAN FOR 6 YEARS AND OLDER

CRDI file number :	
File number of referring institution :	

1. PERSONAL INFORMATION

Last name : ______________________ First name : ______________________

2. GENERAL STATUS OF THE PERSON AND HIS/HER FAMILY

Clarify the reasons for this application

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

2. GENERAL STATUS OF THE PERSON AND HIS/HER FAMILY (cont.)

3. EXPECTATIONS

Short term, medium-term and long term expectations as expressed by the person, his/her family or his/her representative

Short term	Medium-term	Long term

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP

AREA OF ACTIVITIES[1] (if necessary)	# 1 **PHYSICAL HEALTH** Skills and autonomy in taking care of his/her health, taking medication, other physiological functions : breathing, digestion, excretion, reproduction, stamina and dental care. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction and accessibility**	# 2 **MOTOR FUNCTIONS-VISION-HEARING** Fine and gross motor skills, technical aids used. Hearing and vision abilities; technical aids used. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility, receptivity.**
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

[1] **The description of the areas of activity are derived mainly from the following documents** :
OPHQ. *«Guide pour l'évaluation globale des besoins, Je commence mon plan de services»*, septembre 1993.
BOISVERT,Yves (CR Normand Laramée) et BERGERON, Alain (Fondation Intégraction Laval). *«La démarche sur le plan de services individualisé, Guide de préparation, de participation à la réunion sur le plan de services individualisé et de suivi du PSI à l'intention des répondants»*, septembre 1995, pages 23 à 30.

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 3 **COGNITIVE ASPECT** **A**bilities related to attention, concentration, body image, time and space, memory, senses and perception. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility, receptivity.**	# 4 **LIVING ENVIRONMENT** **S**atisfaction with his/her living environment, privacy freedom, security, tranquility. **The people he/she lives with, the type of resources, type of residence, accessibility, location, cleanliness, security, neighbourhood.**
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	**# 5** **HOME LIFE** **A**bilities and autonomy related to ADL's : nutrition, physical condition, personal care, dress. **A**bilities and autonomy related to domestic tasks : household upkeep, care of clothing, exterior upkeep, exterior mobility, ensuring safety and security. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction and receptivity.**	**# 6** **COMMUNITY LIFE** **A**bilities related to use of community resources : food and other shopping, religious activities, banking, dining out, budgeting, using money. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. **Resources used, choice of activities, accessibility, adaptation of the activities, receptivity of the environment, support and services.**
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 7 COMMUNICATION **M**odes of verbal and non-verbal communication, abilities related to the expression of needs and ideas, comprehension, writing, reading, using the telephone, radio, tv, etc. **S**atisfaction with his/her level of communication. Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, accessibility and receptivity.	# 8 TRAVEL AND TRANSPORTATION **A**bilities related to orientation, foot travel, understanding public signs, safety rules, use of transport. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. Routine trips, modes of transport used, availability, schedules, receptivity of carriers, support and services.
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 9 **DAYCARE (12 years old and under)** **A**bilities related to participation in activities, likes, interests, rapport with other person and monitors. **S**atisfaction with his/her development. **Type of day-care environment attended, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services.**	# 10 **EDUCATION (Child in kindergarten)** **A**bilities related to academic and other training, likes and interests, relationships in the classroom and school. **S**atisfaction with his/her development. **Type of school and class attended, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services..**
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. Assessments, summary information for the ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 11 **WORK OR OCCUPATIONAL ACTIVITIES** **A**bilities related to productivity or participation in activities, likes and interests, his/her relationships in the environment. **S**atisfaction with his/her work or activities. **Type of work or activity environment, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services.**	# 12 **LEISURE AND RECREATION** **A**bilities related to participation in activities, tastes and interests, relationships in this activity environment. **S**atisfaction with his/her participation. **Type of leisure environment, level of integration, physical accessibility, receptivity of the environment, support and services.**
Person's situation and current services		
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker		
Environmental factors		
Person's strengths		
Suggested objectives		

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	# 13 **PERSONAL AND EMOTIONAL LIFE, RELATIONSHIP** **A**bilities related to the expression and control of feelings and emotions, motivation, interaction with loved ones, peers, friends, loving relationships behavior, expression of sexuality, ability to defend rights, vulnerability.. **S**atisfaction with his/her level of autonomy. **Support received from his/her environment; services received, level of satisfaction, attentiveness and understanding.**
Person's situation and current services	
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker	
Environmental factors	
Person's strengths	
Suggested objectives	

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. ASSESSMENTS, SUMMARY INFORMATION FOR THE ISP (cont.)

AREA OF ACTIVITIES (if necessary)	**# 14** **FAMILY ENVIRONMENT** **K**nowledge of the person's handicap, of existing resources and programs, of the family dynamic, the organization of family members' daily activities, level of exhaustion, natural support network. **S**atisfaction with the family's state of well-being. **Support received from the environment; services received, level of satisfaction and receptivity of the milieu.**
Person's situation and current services	
Needs expressed by the person and/or his/her family and those identified by the worker	
Environmental factors	
Person's strengths	
Suggested objectives	

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. Significant people for the ISP meeting

Individuals chosen to participate in a meeting (following a validation by these)

Last name	First name	Phone	Relationship

6. Remarks

Regarding the preparation of the meeting, are there any contentious or controversial issues that require prior discussion? Please note any other pertinent remarks

7. List of evaluation instruments used by the CRDI

List the evaluation instruments used to prepare this global needs assessment other than those attached to RR-01 (6 years and older)

Evaluation instrument	Evaluators	Results	Date

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

8. Priority of the application for the CRDI

Priority ☐ Second priority ☐

9. Additional information

Identification of the professional who completed this form for services and his/her institution

Last name : ______________________ First name : ______________________

Title : ______________________

Institution : ______________________

Address : ______________________ | ______

Number Apt.

______________________ | ______

City Province Postal code

Phone : ( ) ______________________

Persons met during evaluation

Last name	First name	Relationship	Title

Evaluation date : ______________________

Signature of professional : ______________________

Document given to : ______________________

____

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

INDIVIDUALIZED SERVICE PLAN

Date of ISP meeting and provider identification meeting (if any) : ______________________

CRDI file number :	
File number of referring institution :	

1. PERSONAL INFORMATION

Last name : ______________________ First name : ______________________

Date of birth : ______ / ______ / ______ (Day / Month / Year) Sex : female ☐ male ☐

Responsible person :
- Person ☐
- Designated representative ☐
- Legal representative ☐

Address : ______________________ | ______
Number Apt.

______________________ | ______
City Province Postal code

Phone : (   ) ______________________ or ______________________

2. ANIMATOR OF THE ISP MEETING

Last name : ______________________ First name : ______________________

Phone : (   ) ______________________ or ______________________

Institution : ______________________

3. REPRESENTATIVE OF THE PERSON OR CASE MANAGER (IF ANY)

Last name : ______________________ First name : ______________________

Address : ______________________ | ______
Number Apt.

______________________ | ______
City Province Postal code

Phone : (   ) ______________________ or ______________________

Institution or organization (if any) : ______________________

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

4. PARTICIPANTS IN THE ISP MEETING

Name	Relationship/Title	Institution or organization (if any)	Phone	Présence		If no under "presence", type of involvement
				yes	no	

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

5. IDENTIFICATION OF NEEDS – SELECTION OF TYPE OF SERVICES REQUIRED AND PRIORITIZATION

Needs	Services		Priority order	Services provided by	Responsible person	Date of realisa-tion
	Required	***Alternativess***				

5. IDENTIFICATION OF NEEDS – SELECTION OF TYPE OF SERVICES REQUIRED AND PRIORITIZATION (cont.)

Needs	Services		Priority order	Services provided by	Responsible person	Date of realisa-tion
	Required	*Alternativess*				

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

6. ELEMENTS TO BE CONSIDERED IN THE ACTUALIZATION THE ISP AND COMMENTS OF PARTICIPANTS

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

7. PROPOSED DATE OF ISP REVISION

Proposed revision date : ________________________________

8. ACCEPTANCE OF THE ISP

I hereby declare that I am familiar with the contents of the individualized service plan and that I consent to receiving the services offered to me as agreed by the parties.

Consequently I authorize the designated caseworkers to proceed and contact all organizations and establishments required in answering the needs as described in point 5.

Signed this ____________________ day of the month ____________________________ ____________
date month year

____
Signature of the person

____
Signature of the parent, tutor or legal representative, if applicable

____
Signature of the animator

@ *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*
Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

Logo de l'établissement

Nom : ______________________________

Dossier : ______________________________

MODÈLE D'AUTORISATION
DE LA PERSONNE À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
ET DE PROCÉDER À UNE DEMANDE DE SERVICES

Je confirme, par la présente, avoir pris connaissance des renseignements personnels me concernant inscrits au formulaire ci-joint et que ces informations sont conformes à ma demande de services.

J'autorise le ______(nom de l'établissement)______________ à transmettre les évaluations, les rapports professionnels et les renseignements relatifs à cette demande de services aux établissements et organismes impliqués dans le traitement de ma demande ou appelés à m'offrir des services.

Signé à ________________________ ce ____________ du mois de ______________ _________
«ville» «date» «mois» «année»

____
Signature de la personne concernée

____
Signature du parent, du représentant désigné ou légal, s'il y a lieu

____
Témoin à la signature