



Renseignements relatifs à l'usager

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--------------------|--|-------------|
| Numéro d'assurance maladie | | Nom de famille à la naissance | | | |
| Prénom | | Date de naissance Année Mois Jour | | Numéro de téléphone Ind. régional | |
| Date d'inscription Année Mois Jour | | Numéro de l'établissement | | Numéro de dossier de l'usager | |
| | | | | Pronostic de réintégration <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus | |
| <input type="checkbox"/> Prestataire d'une aide financière avec carnet de réclamation (PAFCR) Catégorie : <input type="checkbox"/> Aide sociale – sans contrainte à l'emploi <input type="checkbox"/> Aide sociale – contraintes temporaires à l'emploi <input type="checkbox"/> Solidarité sociale <input type="checkbox"/> Revenu de base | | | | | |
| Adresse de la ressource où réside l'usager | | | | | |
| Numéro | | Rue | | Appartement | |
| Ville | | | Province Québec | | Code postal |

Désignation d'un représentant

| | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Curateur public | Numéro de dossier du curateur | | | | |
| <input type="checkbox"/> Représentant | Prénom et nom de la personne représentant l'usager | | | | Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |
| | Adresse de correspondance | | | | |
| | Numéro | | Rue | | Appartement |
| | Ville | | | Province | |
| <input type="checkbox"/> Représentant légal | Téléphone au domicile Ind. régional | | Téléphone au travail Ind. régional | | Poste |
| | | | | | Cellulaire Ind. régional |
| | Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | | | | |

Modification

Lorsque vous cochez une case **dans cette section**, inscrivez l'information correspondante aux endroits appropriés dans la **partie supérieure**.

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|--|-------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Départ | Date Année Mois Jour | <input type="checkbox"/> Changement d'adresse de l'usager | Date Année Mois Jour | <input type="checkbox"/> Changement de catégorie PAFCR | Date Année Mois |
| <input type="checkbox"/> Décès | | <input type="checkbox"/> Changement de représentant de l'usager ou d'adresse du représentant | Date Année Mois Jour | <input type="checkbox"/> Changement du pronostic de réintégration | Date Année Mois |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | | | |

Établissement

| | | | |
|---|--|------------------------------|-------------------------|
| Nom de l'établissement | | | |
| Nom et prénom de la personne à la comptabilité responsable du dossier de l'usager | | Téléphone Ind. régional | Poste |
| | | Télécopieur Ind. régional | |
| Signature de la personne autorisée | | | Date Année Mois Jour |