

ADRAQ-CSD

ABSENCE DE LA RESSOURCE ET AUTORISATION DE REPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR DU MILIEU DE VIE

A. IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

Nom de la ressource	
---------------------	--

B. ABSENCE PROLONGÉE DE LA RESSOURCE

Je serai absent (inscrire les dates)	Du _____ au _____
Coordonnées téléphoniques pour me joindre en tout temps pendant mon absence	
Pendant mon absence, les usagers demeureront à l'intérieur du milieu de vie.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ⇒ passez à la section C
Nom et coordonnées pour joindre la personne me remplacera pendant mon absence	Nom : _____ Coordonnées téléphoniques : _____
Antécédents judiciaires	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification effectuée des antécédents judiciaires du remplaçant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Le remplaçant a complété sa déclaration relative aux antécédents judiciaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • J'ai transmis à l'ICQ la déclaration d'antécédents judiciaires du remplaçant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

C. DEMANDE D'AUTORISATION POUR UN REMPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR DU MILIEU DE VIE

Chez qui et où seront les usagers pendant mon absence	Chez qui (nom de la personne) :
	L'adresse du lieu où ils seront :
Vérifications effectuées concernant cette personne et le milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification effectuée des antécédents judiciaires du remplaçant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Le remplaçant a complété sa déclaration relative aux antécédents judiciaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • J'ai transmis à l'ICQ la déclaration d'antécédents judiciaires du remplaçant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Observations faites: Les usagers auront chacun leur chambre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le milieu de vie temporaire est sécuritaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

D. SIGNATURE

Signature de la ressource		Date (AAAA-MM-JJ)	
---------------------------	--	-------------------	--

RÉSERVÉ À L'INTERVENANT CONTRÔLE QUALITÉ POUR AUTORISATION DU REMPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR

Reçu le (AAAA-MM-JJ)	Nom de l'ICQ
Visite du milieu	
Décision de l'ICQ incluant notamment les impacts cliniques et le lieu physique	
Signature	Date :

N.B. Les procédures de tout règlement mis en cause doivent s'appliquer.

Original au dossier de la ressource copie remise à la ressource avec la décision