



Formulaire de référence
Service de soutien à l'intégration en logement
(SIL)

Nom: _____ **Prénom:** _____ **DDN** ___/___/___

Adresse: _____ **App.** _____ **Depuis:** _____

Tél: _____ **Famille d'accueil (RTF):** _____

Praticien ressource : _____

Gestionnaire de cas : _____

Psychiatre : _____

A déjà vécu seul(e) en logement de façon autonome?

- Oui* *Quand:* _____ *Combien de temps:* _____
 Non

Difficultés vécues: _____

Bref historique de la personne :

Habilités particulières :

Limites actuelles ou à prévoir dans la démarche:

Facteurs favorables à cette démarche :

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

Autres informations pertinentes (problème physique, besoin particulier, etc.) :

Niveau d'autonomie actuel (selon votre connaissance)

Revenus : _____

Gestion : Autonome
Fiducie
Curatelle

HABILETÉS	SATISFAISANT	À DÉVELOPPER
- Budget (Payer 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"/>

**** Concernant les demandes pour le programme de logements supervisés transitoires, veuillez répondre aux questions dans l'encadré suivant. ****

La personne référée est à l'aise :

- De vivre en colocation
- D'être dans un programme transitoire de 12 à 18 mois
- De fumer à l'extérieur
- De participer à une activité dans la communauté
- De vivre dans un endroit où la consommation de drogue et d'alcool n'est pas toléré

Veuillez joindre une copie d'évaluation psychosociale récente au présent formulaire.

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

Signature : _____

La personne responsable de la ressource, au besoin, 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.

Référant: _____ **Établissement:** _____

Tél : _____

Signature: _____ **Date:** ____/____/____