

**Services RNI**

**DEMANDE DE RELOCALISATION D’UN USAGER**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **RESPONSABLE DE RESSOURCE** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la ressource : |       |  | No |       |  |  Date        |
| Initiales de l’usager : |       |  | No |       |  |

|  |
| --- |
| **MOTIF DE LA DEMANDE** |
| *Rappel des motifs prévus à l’entente pour justifier la demande de déplacer un usager de la part d’une RTF-RI.* |
| **2-2.03**1L’établissement traite avec diligence la demande de la ressource de déplacer un usager, ou le refus de recevoir un usager, dans les cas suivants : |
|[ ]  1. Lorsque la ressource a des motifs raisonnables de croire que l’usager l’expose ou expose d’autres personnes vivant dans la ressource à des dangers pour leur santé, sécurité ou intégrité physique ou psychologique.
 |
|[ ]  1. Lorsque la ressource ne s’estime pas ou plus en mesure de fournir le service requis pour la condition de l’usager;
 |
|[ ]  1. Lorsque la ressource considère que les services à rendre à un usager sont inconciliables avec ceux qu’elle doit rendre aux autres usagers selon leur instrument de détermination de classification respectif.
 |
|[ ]  1. Autres motifs à préciser, par exemple : non renouvellement, retraite, etc.*Précisez le motif :*
 |  |
|  |
| **Quelles sont les mesures mises en place par les responsables de la ressource :** |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |  |  |
| Signature : | x |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **ÉQUIPE CLINIQUE** |
|  **Quelles sont les mesures mises en place par l’équipe clinique?** *Élaborez :*  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  | **Quelles devraient être les mesures mises en place?** *Élaborez :*      |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| SignatureIntervenant  | x | SignatureChef de service | x |

*Faire parvenir à la technicienne en assistance sociale.*

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **ÉQUIPE RNI** |
|  **Est-ce que les raisons invoquées sont cohérentes avec les ententes collectives :** Oui [ ]  Non [ ]  |
|  *Justifiez :* |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |  |  |
| Signature : | x | Date : |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Décision du chef de service RNI2:**  |  |  |
|  | [ ]  Autorisée [ ]  Non autorisée | [ ]  Autre : |  |  |
|  | Commentaires : |  |  |
|  |       |  |  |
|  |       |  |  |
|  |       |  |  |
|  |  |  |  |
| x |  |  |  |
| Signature chef de service RNI |  |  | Date |

1 Entre le ministre de la santé et des services sociaux appelé ci-après « le ministre » et le syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-FTQ), de familles d’accueil et de ressources intermédiaires destinées aux adultes pour le compte des associations en faisant partie appelé ci-après le « SCFP ».

2 La décision de l’établissement relative à cette demande sera communiquée par écrit à la ressource normalement dans les 30 jours de celle-ci.