

**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**1  L’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 :* | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| Signature Intervenant | | | x | Signature Chef 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.