

AU CŒUR DE LA DIFFÉRENCE

Formulaire de renseignements – Services psychosociaux

Merci de prendre quelques minutes pour compléter ce formulaire. Les renseignements recueillis permettront de mieux comprendre votre situation et de cibler vos besoins dès le début de l'accompagnement.

1. Identification du client

Nom complet :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Personne à contacter en cas de besoin :

2. Si la demande concerne un enfant

Nom complet de l'enfant :

Date de naissance :

Lien avec l'enfant :

Nom de l'autre parent / titulaire de l'autorité parentale, s'il y a lieu :

Autorisation parentale

Pour les enfants de moins de 14 ans, lorsque requis, l'autorisation de l'autre parent ou des autres titulaires de l'autorité parentale doit être obtenue avant le début des services.

☐ Autorisation obtenue : Oui ☐ Non ☐ Non applicable

Date :

Signature, si requise :

3. Motif de consultation

Quelle problématique souhaitez-vous aborder?

Depuis quand cette problématique est-elle présente?

Y a-t-il eu un événement ou un changement particulier ayant contribué à l'apparition ou à l'aggravation de la situation?

4. Services déjà reçus

Avez-vous déjà reçu des services ou du soutien en lien avec cette problématique? ☐ Non ☐ Oui

☐ Travail social ☐ Psychologie ☐ Psychoéducation ☐ Orthophonie ☐ Ergothérapie
☐ Médecin / pédopsychiatrie / psychiatrie ☐ Autre : _____

À quel moment?

Quels ont été les résultats ou les principaux changements observés?

Y a-t-il actuellement d'autres professionnels ou services impliqués?

5. PAE / assurance

☐ Non ☐ Oui – PAE ☐ Oui – Assurance ☐ Je ne sais pas

Nom du PAE ou de l'assureur :

Numéro de dossier / certificat, si applicable :

Nombre de rencontres autorisées, si connu :

Il appartient au client de vérifier auprès de son assureur ou de son PAE les modalités de remboursement, le nombre de rencontres couvertes et les documents requis.

6. Modalités de paiement

Le paiement doit être effectué avant le début de la rencontre, par virement Interac.

Adresse courriel pour le virement :

Merci d'effectuer le paiement avant la rencontre afin que celui-ci soit reçu au moment du rendez-vous. Le paiement doit être accompagné de la réponse à la question de sécurité, lorsque celle-ci est utilisée.

Question de sécurité :

Réponse :

Un reçu peut être remis conformément aux modalités convenues.

7. Annulation ou déplacement d'un rendez-vous

Si vous devez annuler ou déplacer un rendez-vous, merci de m'en aviser le plus tôt possible. Les rendez-vous annulés ou déplacés avec un préavis insuffisant peuvent être facturés selon les modalités convenues au moment de la prise de rendez-vous. En cas d'absence sans avis, la rencontre peut également être facturée. Les situations exceptionnelles peuvent être évaluées au cas par cas.

8. Confidentialité

Les renseignements recueillis dans le cadre des services psychosociaux sont traités de façon confidentielle conformément aux règles professionnelles et aux dispositions légales applicables. Certaines exceptions à la confidentialité peuvent toutefois s'appliquer lorsque la loi l'exige ou lorsque la sécurité d'une personne est en jeu. Dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, les modalités de confidentialité peuvent également varier selon son âge, sa situation et les dispositions légales applicables.

9. Demande d'accès au dossier

Vous pouvez demander l'accès aux renseignements personnels et aux documents contenus à votre dossier, sous réserve des dispositions légales applicables. Toute demande d'accès, de rectification ou de renseignements concernant votre dossier doit être formulée par écrit. Pour une demande concernant le dossier d'un enfant, des règles particulières peuvent s'appliquer selon l'âge de l'enfant et l'autorité parentale.

10. Consentement aux services

Je confirme avoir fourni des renseignements exacts au meilleur de ma connaissance. Je comprends la nature générale des services offerts, les modalités de paiement, les règles relatives aux annulations ainsi que les principes de confidentialité applicables. Je comprends que je peux poser des questions ou demander des précisions concernant les services à tout moment.

Nom du client :

Signature :

Date :

Pour un enfant

Nom du parent / titulaire de l'autorité parentale :

Signature :

Date :

Karolyne Dostie

Travailleuse sociale

@ Au cœur de la différence