

Examen des exceptions fondé sur des besoins exceptionnels en matière de soutien

Date de production du formulaire	
Nom de la personne	
Travailleur des services communautaires	
Fournisseur de services	
Auteur de la demande	
Lien (avec la personne)	
Coordonnées (adresse postale et numéro de téléphone)	
Niveau de soutien attribué	
Montant correspondant au niveau de soutien attribué	

La personne, le subrogé, le membre de la famille ou le membre du réseau de soutien dont le nom apparaît ci-dessus demande que les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées envisagent d'octroyer un soutien supplémentaire à la personne, en sus du budget de soutien qui lui a été attribué, en raison des besoins exceptionnels en matière de soutien qu'éprouve cette personne. Veuillez décrire les heures supplémentaires ou les services demandés, les coûts connexes et la façon dont ces heures ou services permettront de répondre aux besoins exceptionnels en matière de soutien.

Veuillez décrire les autres tentatives qui ont été entreprises pour fournir de l'aide à la personne ou nommez les mesures de soutien qui ont été offertes pour répondre aux besoins susmentionnés avant la date de soumission de la présente demande :

Section à remplir par le travailleur des services communautaires (la section suivante doit être remplie par le travailleur des services communautaires et révisée par le superviseur ou le gestionnaire de programme). À titre de gestionnaire de cas, veuillez donner votre opinion à propos de la demande présentée (p. ex., quelles seraient les répercussions probables pour la personne si d'autres ressources et mesures de soutien ne sont pas mises en place, quelles circonstances exceptionnelles uniques touchant cette personne justifient la demande : vulnérabilités, antécédents ou risques en matière de maltraitance, etc.).

Les documents suivants sont inclus à l'appui de la demande (documents de toutes sources : famille, travailleur des services communautaires, etc.) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formulaire d'approbation du financement (requis pour toute demande d'augmentation du financement) | <input type="checkbox"/> Évaluation des risques |
| <input type="checkbox"/> Plan de soutien comportemental | <input type="checkbox"/> Évaluation et informations médicales |
| <input type="checkbox"/> Plan centré sur la personne | <input type="checkbox"/> Évaluation liée à l'Échelle d'intensité de soutien |
| | <input type="checkbox"/> Documents juridiques |
| | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) |

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS AU MINISTÈRE DES FAMILLES
(Veuillez imprimer et signer la copie papier)

Nom du participant : _____

Je, _____ de _____
(nom) (adresse complète)

conviens de présenter une demande d'examen des exceptions fondé sur des besoins exceptionnels en matière de soutien aux Services d'intégration communautaire des personnes handicapées par l'entremise du ministère des Familles. Je comprends que cette demande et tous les documents à l'appui seront examinés par le personnel du ministère des Familles avant qu'une décision ne soit prise.

Je comprends que les renseignements obtenus ou examinés seront traités en toute confidentialité et que la présente autorisation de communiquer des renseignements sera valide pour **un an** à compter de la date indiquée dans la présente autorisation.

Signée par : _____
(Demandeur)

*Signée par : _____
(Tuteur légal, subrogé ou représentant légal selon l'ordonnance de curatelle)

Date : _____ Témoin : _____
(Signature)

***Remarque :** Une autorisation légale est requise lorsque le demandeur est âgé de moins de 18 ans, lorsqu'un subrogé a été nommé ou lorsqu'un représentant légal a été désigné dans une ordonnance de curatelle.