

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RQS – LRR

Rétribution quotidienne supplémentaire

Date à laquelle l'établissement transmet la demande de RQS au MSSS

Date à laquelle la ressource s'est adressée à l'établissement pour faire une demande de RQS

A – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Région

B – IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

Identifiant unique (ID) de l'installation :

Nom de la ressource :

Association représentative :

Nombre de places reconnues : Nombre de places occupées :

Base de données de l'établissement à laquelle est rattachée cette ressource :

C – IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° d'utilisateur :

Identifiant (ID) de l'utilisateur :

Date de naissance : Âge :

Problématique principale :

Diagnostic(s) associé(s) :

Date de début du placement dans cette ressource :

Type de placement : Régulier Intermittent

Date de début de la classification active :

D – CRITÈRE DE RECEVABILITÉ (UN SEUL CRITÈRE PAR DEMANDE)

- | | |
|---|---|
| <p>1. Un service à rendre à un usager la nuit :</p> <p><input type="checkbox"/> période d'une à trois heures (15 %)</p> <p><input type="checkbox"/> période de trois heures et plus (30 %)</p> | <p>2. Un service à rendre à un usager dont les caractéristiques nécessitent la présence de deux personnes auprès de celui-ci :</p> <p><input type="checkbox"/> période de moins d'une heure (10 %)</p> <p><input type="checkbox"/> période d'une à trois heures (20 %)</p> <p><input type="checkbox"/> période de plus de trois heures (30 %)</p> |
| <p>3. Un service « un pour un » auprès de l'utilisateur en difficulté dans l'un des descripteurs de la conduite :</p> <p><input type="checkbox"/> période continue de plus de deux heures/jour (15 %)</p> <p><input type="checkbox"/> période intermittente de deux heures et demie et plus/jour (15 %)</p> | <p>4. Un service à rendre à un usager lors de son attente d'intégration dans les activités socioprofessionnelle ou scolaire ou lors d'une suspension <input type="checkbox"/> (25 %)</p> |
| <p>5. Un ou des services d'intensité élevée sous le descripteur physique (soins) (15 %) <input type="checkbox"/></p> | <p>6. Ce critère est le seul pour lequel aucune demande n'est nécessaire.</p> |
| <p>7. Un service accru se référant à l'entretien du milieu de vie, lorsque ce service est relié à l'état d'un usager (10 %) <input type="checkbox"/></p> | <p>8. Un service se référant à la collaboration avec l'établissement (5 %) <input type="checkbox"/></p> |

E – QUELLE EST LA DURÉE DEMANDÉE POUR LA RQS?

Date du début :

Date de fin :

F – AUTRE DEMANDE DE RQS OU DE MSSAE POUR L'USAGER

- S'agit-il d'une PREMIÈRE demande de RQS concernant cet usager? OUI NON

Si **NON**, cochez une des réponses suivantes :

- une RQS est active pour ce même critère Date de fin :
- une RQS a déjà été accordée pour ce même critère dans le passé
- une RQS a déjà été accordée concernant cet usager alors qu'il était hébergé dans une autre ressource

- Est-ce qu'une MSSAE est en cours pour cet usager? OUI NON

Si **OUI**, indiquez sa date de fin :

Sous quel critère est-elle accordée :

- Est-ce qu'une MEP est versée à la ressource concernée par cette demande? OUI NON

G – MOTIFS DE LA DEMANDE DE RQS

H – RAISON(S) POUR LAQUELLE LA DEMANDE DE RQS EST JUGÉE RECEVABLE PAR VOTRE ÉTABLISSEMENT

I – EST-CE QUE DES RQS SONT ACTIVES POUR D'AUTRES USAGERS DANS CETTE RESSOURCE?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J – PERSONNE DÉSIGNÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Date :

Nom :

Téléphone :

Poste :

Signature **OBLIGATOIRE**