

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CESSATION

Pour les ressources sous la LSSSS et la LRR

Mesure reliée aux services de soutien ou d'assistance exceptionnels (MSSAE)
Acheminer ensuite le formulaire à : demandes_mssae@msss.gouv.qc.ca

Mesure relative à la reconnaissance d'exigences particulières (MEP)
Acheminer ensuite le formulaire à : demandes_mep@msss.gouv.qc.ca

A – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Région :

Sélectionnez votre région

B – IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

Identifiant unique (ID) de l'installation :

Nom de la ressource :

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

C – IDENTIFICATION DE L'USAGER (MSSAE SEULEMENT)

N° d'utilisateur :

Identifiant (ID) de l'utilisateur :

E – DATE DE LA CESSATION

Service MSSAE

Date de fin :

Service MEP

Date de fin :

F – MOTIFS DE LA CESSATION

Départ de l'utilisateur (MSSAE seulement)

Ne répond plus aux critères

Fermeture de la ressource

G – PERSONNE DÉSIGNÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Date :

Nom :

Téléphone :

Poste :

Signature **OBLIGATOIRE**