

## DEMANDE D'EXAMEN D'UNE CLASSIFICATION

<b>Identification de la demande</b>				
Date de la demande				
Date de réception de l'instrument de la classification concernée				
Nom du demandeur (Responsable)				
Adresse				
Téléphone				
Direction de l'établissement avec laquelle vous avez une entente (Ex : SM, Jeunesse, SAPA, DITSA-DP)				
Association représentative (Ex: ADREQ, FRIJQ, ARIHQ, ADRAQ)				
<b>Identification de l'usager</b>				
Je souhaite que cette classification soit révisée dans le cadre de la procédure d'examen prévue				
Initiales de l'usager				
No d'usager				
<b>Motifs de la demande</b>				
Je considère que cette classification des descripteurs cochés plus bas ne correspond pas aux services réellement rendus à cet usager. Cochez-le(s) descripteur(s) visé(s) par la demande d'examen et précisez les motifs;				
<b>1</b>	Alimentation	<b>10</b>	Conduite (Émotions)	
<b>2</b>	Habillement	<b>11</b>	Conduite (capacité relationnelle)	
<b>3</b>	Hygiène (corps, cheveux)	<b>12</b>	Conduite (cpt autodestructeurs)	
<b>4</b>	Hygiène (entretien de sa personne)	<b>13</b>	Intégration	
<b>5</b>	Élimination	<b>14</b>	Vie autonome	
<b>6</b>	Mobilité (transferts)	<b>15</b>	Physique (médicaments)	
<b>7</b>	Mobilité (déplacements)	<b>16</b>	Physique (soins)	
<b>8</b>	Mobilité (escaliers)	<b>17</b>	Rendez-vous	
<b>9</b>	Conduite (impulsions)			
<b>Précisions: (Optionnel)</b>				
Écrire 50 mots maximum, puisque la grille de transmission des observations obligatoire offre déjà des précisions.				

<b>Le motif de ma demande est (cochez le ou les motifs)</b>	
La classification que j'ai reçue ne reflète pas les échanges lors de la rencontre avec l'expert de classification et mon intervenant pivot.	
Les services dont l'usager a besoin ne sont pas reconnus dans la classification que j'ai reçue	
Autre motif:	

En conséquence, je vous demande de bien vouloir intervenir dans le cadre de la procédure d'examen afin que l'Instrument de classification représente plus fidèlement les services à rendre à cet usager et que la rétribution des services pour cette période me soit versée en application de la classification révisée. Je souhaite être contacté par la personne qui sera désignée pour évaluer la recevabilité de la demande.

---

(Nom en lettres lisibles de la ou d'une personne responsable de la famille d'accueil ou de la ressource intermédiaire)

---

(Signature de la ou d'une personne responsable de la famille d'accueil ou de la ressource intermédiaire)

**Veuillez acheminer votre formulaire ainsi que votre grille de transmission des observations,**  
**par courriel, à l'adresse suivante:**

Madame Magali Dumouchel-Cloutier

Chef de service

Gestion contractuelle / Instrument de détermination et de classification  
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Courriel: idcrirtf.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca