

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RQS – LRR

Rétribution quotidienne supplémentaire

|                          |                                                                                             |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Date à laquelle l'établissement transmet la demande de RQS au MSSS                          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Date à laquelle la ressource s'est adressée à l'établissement pour faire une demande de RQS | <input type="text"/> |

### A – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| Nom :  | <input type="text"/>      |
| Région | Sélectionnez votre région |

### B – IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

|                                                                               |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Identifiant unique (ID) de l'installation :                                   | <input type="text"/>                                                  |
| Nom de la ressource :                                                         | <input type="text"/>                                                  |
| Association représentative :                                                  | <input type="text"/>                                                  |
| Nombre de places reconnues :                                                  | <input type="text"/> Nombre de places occupées : <input type="text"/> |
| Base de données de l'établissement à laquelle est rattachée cette ressource : | <input type="text"/>                                                  |

### C – IDENTIFICATION DE L'USAGER

|                                                   |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| N° d'utilisateur :                                | <input type="text"/>                                                    |
| Identifiant (ID) de l'utilisateur :               | <input type="text"/>                                                    |
| Date de naissance :                               | <input type="text"/> Âge : <input type="text"/>                         |
| Problématique principale :                        | <input type="text"/>                                                    |
| Diagnostic(s) associé(s) :                        | <input type="text"/>                                                    |
| Date de début du placement dans cette ressource : | <input type="text"/>                                                    |
| Type de placement :                               | <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Intermittent |
| Date de début de la classification active :       | <input type="text"/>                                                    |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Un service à rendre à un usager la nuit :<br><input type="checkbox"/> période d'une à trois heures (15 %)<br><input type="checkbox"/> période de trois heures et plus (30 %)                                                                                                         | 2. Un service à rendre à un usager dont les caractéristiques nécessitent la présence de deux personnes auprès de celui-ci :<br><input type="checkbox"/> période de moins d'une heure (10 %)<br><input type="checkbox"/> période d'une à trois heures (20 %)<br><input type="checkbox"/> période de plus de trois heures (30 %) |
| 3. Un service « un pour un » auprès de l'usager en difficulté dans l'un des descripteurs de la conduite :<br><input type="checkbox"/> période continue de plus de deux heures/jour (15 %)<br><input type="checkbox"/> période intermittente de deux heures et demie et plus/jour (15 %) | 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 %)                                                                                                                                              |
| 5. Un ou des services d'intensité élevée sous le descripteur physique (soins) (15 %) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                           | 6. Ce critère est le seul pour lequel aucune demande n'est nécessaire. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 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"/>                                                                                                                                       | 8. Un service se référant à la collaboration avec l'établissement (5 %) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                               |

#### 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**