

# Adultes hébergés

## Engagement de l'adulte hébergé

### Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

- |                                       |                                     |  |   |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cartierville | <input type="checkbox"/> St-Laurent | <input type="checkbox"/> Notre-Dame-de-la-Merci                        | <input type="checkbox"/> St-Joseph-de-la-Providence | <input type="checkbox"/> Bâtisseurs |
| <input type="checkbox"/> Louvain      | <input type="checkbox"/> Laurendeau | <input type="checkbox"/> Légaré  | <input type="checkbox"/> Paul-Lizotte               |                                     |
| <input type="checkbox"/> Auclair      | <input type="checkbox"/> Paul Gouin | <input type="checkbox"/> Jean-Talon (7 <sup>e</sup> – 8 <sup>e</sup> ) | <input type="checkbox"/> Petite-Patrie              |                                     |

### Ressources intermédiaires (RI) :

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RI Grenet     | <input type="checkbox"/> RI Tournesol        | <input type="checkbox"/> RI Notre-Dame-des-Anges | <input type="checkbox"/> RI Les Cèdres l'Acadie | <input type="checkbox"/> RI Nouveau-Bordeaux |
| <input type="checkbox"/> RI Ahuntsic   | <input type="checkbox"/> RI Carrefour Fleury | <input type="checkbox"/> RI Harmonie Nature      |   |  |
| <input type="checkbox"/> RI Parc Jarry | <input type="checkbox"/> RI Rousselot        | <input type="checkbox"/> RI du Jasmin            | <input type="checkbox"/> RI Garnier             |  |

### Ressources de type familiales (URTF) :

- |                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RTF Noël | <input type="checkbox"/> RTF Quenneville | <input type="checkbox"/> RTF Crépeau |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|

### Ressource d'établissement transitoire (RET) :

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RET Fleury |
|-------------------------------------|

### Centres hospitaliers :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpital Jean-Talon | <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury | <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Coeur |
|---|---|---|

### Date d'admission en hébergement

ou date du début de l'attente pour un hébergement

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
jour mois année

## Identité de l'adulte hébergé

- M.  Mme

.....  
Nom

.....  
Prénom(s)

.....  
Nom de naissance (si différent)

.....  
N° dossier (si existant)

## Identité du répondant (s'il y a lieu)

- M.  Mme

.....  
Nom

.....  
Prénom

.....  
Lien avec l'adulte hébergé

Mandat d'inaptitude

Curatelle

Tutelle

Adresse

.....  
N° et rue

.....  
App., Unité

.....  
Ville

( ..... )  
Province

.....  
Code postal

Téléphones

.....  
Résidentiel

.....  
Travail

( ..... )  
Poste

.....  
Cellulaire

Le répondant a-t-il une procuration bancaire ?

oui

copie fournie

non

Le répondant a-t-il une procuration notariée ?

oui

copie fournie

non

## Engagement

« Je reconnais avoir pris connaissance de la feuille explicative en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du fait que les coûts facturables sont calculés selon **les tarifs de la chambre occupée**. En milieu hospitalier, advenant que je souhaite être transféré dans une chambre ayant un tarif différent, je dois m'adresser au service des admissions et le personnel tentera de tenir compte de mon souhait dans l'attribution de la chambre en fonction des ressources disponibles. J'ai été informé que les frais d'hébergement se poursuivent même lorsque des soins médicaux temporaires sont requis. L'établissement ne peut être tenu responsable des effets personnels appartenant à l'adulte hébergé »

.....  
Nom de l'adulte hébergé ou de son répondant en lettres moulées

.....  
Signature

.....  
Date (jj / mm / aaaa)

.....  
Nom du témoin en lettres moulées

.....  
Signature

.....  
Date (jj / mm / aaaa)

# Accommodated adults

## Commitment of the accommodated adult

### Residential and long-term care centers (CHSLD) :

- |                                       |                                     |  |   |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cartierville | <input type="checkbox"/> St-Laurent | <input type="checkbox"/> Notre-Dame-de-la-Merci                        | <input type="checkbox"/> St-Joseph-de-la-Providence | <input type="checkbox"/> Bâtisseurs |
| <input type="checkbox"/> Louvain      | <input type="checkbox"/> Laurendeau | <input type="checkbox"/> Légaré  | <input type="checkbox"/> Paul-Lizotte               |                                     |
| <input type="checkbox"/> Auclair      | <input type="checkbox"/> Paul Gouin | <input type="checkbox"/> Jean-Talon (7 <sup>e</sup> – 8 <sup>e</sup> ) | <input type="checkbox"/> Petite-Patrie              |                                     |

### Intermediate resources (RI) :

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RI Grenet     | <input type="checkbox"/> RI Tournesol        | <input type="checkbox"/> RI Notre-Dame-des-Anges | <input type="checkbox"/> RI Les Cèdres l'Acadie | <input type="checkbox"/> RI Nouveau-Bordeaux |
| <input type="checkbox"/> RI Ahuntsic   | <input type="checkbox"/> RI Carrefour Fleury | <input type="checkbox"/> RI Harmonie Nature      |   |  |
| <input type="checkbox"/> RI Parc Jarry | <input type="checkbox"/> RI Rousselot        | <input type="checkbox"/> RI du Jasmin            | <input type="checkbox"/> RI Garnier             |  |

### Family-type resources (URTF) :

- |                                   |  |                                      |                                     |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RTF Noël | <input type="checkbox"/> RTF Quenneville | <input type="checkbox"/> RTF Crépeau | <input type="checkbox"/> RET Fleury |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|

### Transitional accommodation resource (RET) :

### Hospitals :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hôpital Jean-Talon | <input type="checkbox"/> Hôpital Fleury | <input type="checkbox"/> Hôpital du Sacré-Coeur |
|---|---|---|

Date of admission to accommodation  
or waiting start day for accommodation

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
day month year

## Identity of the accommodated adult

Mr  Mrs

.....  
*Last Name*

.....  
*First Name*

.....  
*Birth Last Name (if different)*

.....  
*File number (if existing)*

## Identity of respondent (if applicable)

Mr  Mrs

.....  
*Last Name*

.....  
*First Name*

.....  
*Relationship with the accommodated adult*

Mandate of incapacity  
 Trusteeship  Guardianship

Address

.....  
*# and street*

.....  
*Apt, Unit*

.....  
*City*

( ..... )  
*Province*

.....  
*Zip code*

Phones

.....  
*Residential*

.....  
*Work*

( ..... )  
*Ext.*

.....  
*Cellular*

Does the sponsor or respondent have a bank power of attorney?

yes  Copy provided  
 no

Does the sponsor or respondent have a notarized power of attorney?

yes  Copy provided  
 no

## Commitment

« I acknowledge that I have read the information sheet from the Régie de l'assurance maladie du Québec and that the billable costs are calculated according to **room occupancy rates**. In a hospital, if I wish to be transferred to a room with a different rate, I will have to go to the Admissions Department and the staff will try to consider my wishes concerning the allocation of the room according to available resources. I have been informed that accommodation costs continue even when temporary medical care is required. The establishment cannot be held responsible for personal effects belonging to the accommodated adult »

.....  
*Name of accommodated adult or sponsor in capital letters*

.....  
*Signature*

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Date (dd / mm / yyyy)*

.....  
*Name of witness in capital letters*

.....  
*Signature*

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Date (dd / mm / yyyy)*