

# Demande de placement temporaire d'un adulte ayant une déficience intellectuelle dans un centre de développement pour qu'elle y reçoive des soins de relève

En vertu de la *Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle*, il faut que certaines conditions soient remplies pour qu'un subrogé puisse placer de manière temporaire un adulte ayant une déficience intellectuelle dans un centre de développement afin que cette dernière y reçoive des soins de relève.

Les exigences à remplir sont les suivantes :

- le subrogé à l'égard des soins personnels s'est vu accorder le pouvoir de déterminer l'endroit où l'adulte ayant une déficience intellectuelle doit demeurer en vertu de l'alinéa 57(2)a) de la *Loi*;
- l'objet du placement est de fournir des soins de relève à l'adulte ayant une déficience intellectuelle;
- l'adulte ayant une déficience intellectuelle a besoin d'un niveau de soins qui n'est pas facilement accessible à l'extérieur d'un centre de développement;
- un centre de développement est prêt à admettre l'adulte ayant une déficience intellectuelle;
- le placement temporaire de l'adulte ayant une déficience intellectuelle dans un centre

Si vous avez besoin de plus de place pour inscrire vos réponses, veuillez joindre une autre feuille et indiquer le numéro de la section concernée (3.1, par ex.)

**This document is also available in English. To obtain a copy, call 945-5039 or 1-800-757-9857.**

## PARTIE 1 RENSEIGNMENTS À PROPOS DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

### 1.1 RENSEIGNMENTS SUR L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

<b>Nom de famille</b>	<b>Prénom</b>	<b>Deuxième prénom</b>
_____	_____	_____
<b>Date de naissance</b> (mm/jj/aaaa)		
_____		
<b>Adresse</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
_____		
<b>Adresse postale, si différente de ci-dessus</b> (Numéro, nom de rue, ville ou village, province, code postal)		
_____		

### 1.2 TRAVAILLEUR SOCIAL OU COORDINATEUR DE SOINS DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SI CONNU)

Nom _____	
Adresse postale _____	
N° de téléphone (     ) _____	N° de télécopieur (     ) _____

---

**PARTIE 2 RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU DEMANDEUR (LE OU LES SUBROGÉS À L'ÉGARD DES SOINS PERSONNELS)**

---

1. Nom du subrogé à l'égard des soins personnels

\_\_\_\_\_

Adresse postale

\_\_\_\_\_

N° de téléphone (      )

2. Nom du subrogé conjoint à l'égard des soins personnels (le cas échéant)

\_\_\_\_\_

Adresse postale

\_\_\_\_\_

N° de téléphone (      )

---

**PARTIE 3 RAISONS POUR LESQUELLES LA DEMANDE DE PLACEMENT TEMPORAIRE EN CENTRE DE DÉVELOPPEMENT A ÉTÉ FAITE**

---

**3.1 Veuillez expliquer pourquoi vous demandez le placement temporaire de l'adulte ayant une déficience intellectuelle dans un centre de développement.**

**3.2 Veuillez décrire pourquoi vous pensez que l'adulte ayant une déficience intellectuelle a besoin d'un niveau de soins qui n'est pas facilement accessible à l'extérieur d'un centre de développement.**

---

**PARTIE 4 PLACEMENT TEMPORAIRE DE L'ADULTE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE EN CENTRE DE DEVELOPMENT**

---

**4.1** Veuillez dresser la liste de tous les placements temporaires de l'adulte ayant une déficience intellectuelle en centre de développement au cours des 12 derniers mois.

**4.2** Veuillez indiquer quelle est la période ou quelles sont les périodes de placement temporaire en centre de développement demandées pour l'adulte ayant une déficience intellectuelle.

---

**SIGNATURE DES SUBROGÉS)**

---

**Signature des subrogés**

**Date**

Remarque : Le traitement des dossiers de demande incomplets prendra plus longtemps.

**Veuillez envoyer les demandes dûment remplies et les pièces justificatives à l'adresse suivante :**

**Bureau du commissaire aux adultes ayant une déficience intellectuelle**

258, avenue Portage, bureau 315

Winnipeg (Manitoba) R3C 0B6

Téléphone : 204 945-5039

Sans frais : 1 800 757-9857

Télécopieur : 204 948-3713

