**Portrait de la ressource intermédiaire**

|  |
| --- |
| *Inscrire le nom de la ressource intermédiaire ici* |

Ce formulaire a pour objectif de préciser, s’il y a lieu, toute information pertinente pour améliorer la fluidité du processus de jumelage / pairage avec la RI.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LES INTÉGRATIONS** | | | |
| **Déroulement positif** | | **À améliorer** | |
|  | |  | |
| **COMPÉTENCES PARTICULIÈRES DE LA RESSOURCE**  *Par exemple : connaissances, formations des employés, aptitudes…* | | | |
|  | | | |
| **USAGER TYPE**  *Décrire un usager type pour qui les interventions sont maîtrisées par les employés* | | | |
|  | | | |
| **PARTICULARITÉS DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE ACTUELLEMENT**  *Par exemple : errance, autonomie élevé, trouble de comportement…* | | | |
|  | | | |
| **ENVIRONNEMENT PHYSIQUE** | | | |
| **Le milieu est adapté pour recevoir des personnes à mobilité réduites ?** | Non  L’usager doit être autonome | | Oui  Ascenseur  Couloirs larges  Lève-personne  Rampe d’accès  Chambres adaptées  Autre *(à préciser)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **ENVIRONNEMENT GÉOGRAPHIQUE**  *Par exemple : proche ou éloigné des commerces, dépanneur, lien avec le voisinage…* | | | |
|  | | | |
| ***Date à laquelle a été rempli le formulaire*** | |  | |
| ***Nom et signature de la personne qui a rempli le formulaire :*** | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **À remplir par l’établissement** | |
| ***Date de réception*** |  |
| ***Nom et signature de la personne qui reçoit le formulaire*** |  |