

Bonjour,

La grille de référence ci-jointe doit être complétée par :

- Psychiatre
- Omnipraticien
- Psychologue
- Conseiller d'orientation
- Éducateur spécialisé
- Travailleur social
- Ergothérapeute
- Infirmier

Les informations recueillies dans ce document sont utilisées pour :

- S'assurer que la personne est admissible à nos services.
- Avoir vos recommandations en lien avec son projet d'intégration en emploi.
- Afin de vérifier si elle est admissible à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi.
- Pour assurer une collaboration avec les professionnels gravitant autour de la personne intéressée par nos services.

Ce document pourra être transmis à Services Québec afin de déposer la candidature du participant à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi (Programme de subvention aux entreprises adaptées, Subvention salariale pour personnes handicapées, Contrat d'intégration au travail).

Les renseignements inscrits sont précieux pour nous et représentent la base d'une intéressante collaboration.

Merci beaucoup !

Compte tenu du peu de ressources financières dont dispose notre clientèle, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce document gratuitement.

À retourner par la poste ou par télécopie

GRILLE DE RÉFÉRENCE

AUTORISATION LÉGALE

NOM DU CANDIDAT : _____ N.A.M.: _____

Par la présente, j'autorise _____ et/ou _____
à fournir à ÉQUITRAVAIL les renseignements demandés pour constituer mon dossier.

Signature _____ date: _____ 20 ____

HISTORIQUE MÉDICAL

Depuis quand suivez-vous ce client ? _____

Type et fréquence du suivi : _____

NATURE DE LA DÉFICIENCE - COCHEZ LA OU LES CASES APPROPRIÉES

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> du psychisme | <input type="checkbox"/> auditive | <input type="checkbox"/> organique | <input type="checkbox"/> de la parole et du langage |
| <input type="checkbox"/> intellectuelle | <input type="checkbox"/> visuelle | <input type="checkbox"/> motrice | <input type="checkbox"/> autres _____ |

Diagnostic :

Axe I : _____

Axe II : _____

Axe III : _____

Axe IV : _____ Axe V : _____

Le diagnostic a-t-il été émis par un psychiatre : oui non

Année du diagnostic : _____ Nom du psychiatre : _____

Établissement : _____

MÉDICATION

La personne prend-t-elle une médication ? oui non

Médication actuelle : _____

Y a-t-il des effets secondaires à la médication ? oui non

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Sudation | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Ralentissement psychomoteur | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> _____ |

La personne a-t-elle déjà été hospitalisée : oui non

Le nombre d'hospitalisation : _____

Date de la dernière hospitalisation liée à la déficience :

Mois _____ Année _____ Hôpital : _____

Nom du Candidat : _____

LES DIFFICULTÉS

Le client éprouve une (des) difficulté(s) importante(s) à :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> résister au stress | <input type="checkbox"/> écrire |
| <input type="checkbox"/> se concentrer | <input type="checkbox"/> lire |
| <input type="checkbox"/> mémoriser | <input type="checkbox"/> résister physiquement à l'effort |
| <input type="checkbox"/> parler - communiquer | <input type="checkbox"/> manipuler des objets |
| <input type="checkbox"/> comprendre un message | <input type="checkbox"/> se déplacer |
| <input type="checkbox"/> contrôler ses émotions | <input type="checkbox"/> coordonner ses mouvements |
| <input type="checkbox"/> être avec d'autres personnes | <input type="checkbox"/> garder l'équilibre |

La personne a-t-elle ou aurait-elle besoin d'un suivi psychosocial relié à ses incapacités ?

- oui non Précisez: _____

Si le projet de la personne est un retour aux études, quelles sont vos recommandations :

Êtes-vous favorable ? oui non, précisez _____

Niveau : Secondaire Collégial Universitaire

Temps plein Temps partiel De jour De soir

Pour une intégration en emploi immédiatement ou après un retour aux études, quelles sont vos recommandations :

Temps plein/ Temps partiel (nombre d'heures par semaine : _____)

De jour/ De soir/ De nuit RAISON : _____

Travail en groupe (relation) : oui non _____

Travail sous pression : oui non _____

Tâches physiques : oui non _____

Tâches intellectuelles : oui non _____

Tâches répétitives : oui non _____

Encadrement et suivi soutenus : oui non _____

Tâches nécessitant de la polyvalence : oui non _____

Postes à responsabilités restreintes : oui non _____

Considérez-vous cette personne apte et motivée à occuper un emploi salarié présentement ?

- oui non

Devrait-elle se donner d'autres priorités avant d'intégrer le marché du travail ?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Santé psychique | <input type="checkbox"/> Habiletés sociales | <input type="checkbox"/> AVD/AVQ |
| <input type="checkbox"/> Santé physique | <input type="checkbox"/> Logement | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Revenu minimum | <input type="checkbox"/> Occupationnelle | <input type="checkbox"/> _____ |

Le(s) type(s) d'emploi(s) souhaitable(s) : _____

Nom du Candidat : _____

Quels sont les **points forts de cette personne** en lien avec son intégration au travail :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ponctualité | <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Diplomatie |
| <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> Minutie | <input type="checkbox"/> Sens de l'initiative |
| <input type="checkbox"/> Relations de travail | <input type="checkbox"/> Honnêteté | <input type="checkbox"/> Discrétion |
| <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation | <input type="checkbox"/> Résistance au stress | <input type="checkbox"/> Vitesse d'exécution |
| <input type="checkbox"/> Esprit d'équipe | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Habiletés manuelles |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Respect des directives | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> Respect de l'autorité | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Discipline | <input type="checkbox"/> Persévérance | <input type="checkbox"/> _____ |

Quels sont les **points à améliorer** en lien avec son intégration au travail :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ponctualité | <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> Minutie | <input type="checkbox"/> Discipline |
| <input type="checkbox"/> Relations de travail | <input type="checkbox"/> Honnêteté | <input type="checkbox"/> Diplomatie |
| <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation | <input type="checkbox"/> Résistance au stress | <input type="checkbox"/> Sens de l'initiative |
| <input type="checkbox"/> Esprit d'équipe | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Discrétion |
| <input type="checkbox"/> Hygiène | <input type="checkbox"/> Respect des directives | <input type="checkbox"/> Habiletés manuelles |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Respect de l'autorité | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Vitesse d'exécution | <input type="checkbox"/> Persévérance | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | | <input type="checkbox"/> _____ |

Y a-t-il d'autres éléments dans la vie de la personne qui devraient être pris en considération lors de la démarche d'intégration de celle-ci ?

Les informations recueillies dans ce document sont utilisées pour :

- S'assurer que la personne est admissible à nos services
- Avoir vos recommandations en lien avec son projet d'intégration en emploi ou de retour aux études
- Afin de vérifier si elle est admissible à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi
- Pour assurer une collaboration avec les professionnels gravitant autour de la personne intéressée par nos services

Ce document pourra être transmis à Emploi-Québec afin de déposer la candidature du participant à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi (Programme de subvention aux entreprises adaptées, Subvention salariale pour personnes handicapées, Contrat d'intégration au travail).

NOM : _____ PROFESSION : _____

NUMÉRO DE PERMIS : _____ ÉTABLISSEMENT : _____

TÉLÉPHONE : _____

SIGNATURE : _____ date : _____ 20 _____

Nom du Candidat : _____

**ANNEXE
PROFIL PSYCHOSOCIAL**

Bref historique social :

Profil actuel

Problème de réadaptation (comportement résiduel)

Traits de personnalité importants à nous être signalés (problème de comportement, réaction éventuelle de la personne face à des situations données etc.)

NOM : _____ PROFESSION : _____

ÉTABLISSEMENT : _____ TÉLÉPHONE : _____

SIGNATURE : _____ date : _____ 20____

Toute l'équipe d'ÉquiTravail vous remercie pour cette
précieuse collaboration !

The logo for ÉquiTravail features the word 'Équi' in a grey, sans-serif font, followed by 'Travail' in a red, sans-serif font. A horizontal line is positioned above the 'i' in 'Travail'.

210, boul. Charest Est, 6^{ème} étage
Québec (Québec) G1K 3H1
Tél. (418) 529-5557
Fax (418) 529-5160
equi@equitravail.com