

## INSCRIPTION OU MODIFICATION

Contribution des usagers pris en charge  
par les ressources intermédiaires

### Renseignements relatifs à l'utilisateur

Numéro d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Établissement Numéro de l'établissement		Numéro de dossier de l'utilisateur	
Nom de famille à la naissance				Prénom usuel			Numéro de téléphone Ind. régional		
Adresse de résidence									
Numéro		Rue						Appartement	
Ville								Code postal	
Date d'inscription Année Mois Jour			Tarif journalier de la rétribution \$			Pronostic de réintégration <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2 ans ou plus		<input type="checkbox"/> Avec exonération <input type="checkbox"/> Sans exonération	

**Pour un usager prestataire de l'assistance-emploi, cochez ici**  Barème :  Contraintes sévères à l'emploi  Contraintes temporaires à l'emploi  Sans contrainte

### Cas spéciaux

<input type="checkbox"/> Tierce responsabilité	<input type="checkbox"/> Résident du Québec depuis moins de 90 jours Date d'arrivée au Québec	Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Si en provenance d'une autre province canadienne Province ou territoire d'origine	<input type="checkbox"/> Si en provenance d'un autre pays Dernier pays de résidence
--	--	-----------------	---	--

### Désignation d'un représentant

<input type="checkbox"/> Curateur public	Numéro de dossier du curateur			
<input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M.	Nom et prénom de la personne représentant l'utilisateur		
<input type="checkbox"/> Représentant légal	Adresse de correspondance			
	Numéro		Rue	
	Ville			Appartement
				Code postal
	Téléphone au domicile		Téléphone au travail Ind. régional	Télécopieur Ind. régional
	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			

### Établissement

Nom et prénom de la personne à la comptabilité responsable du dossier de l'utilisateur			Signataire autorisé		Date Année Mois Jour	
Téléphone Ind. régional		Poste	Télécopieur Ind. régional		Inscrivez le nom de la ressource intermédiaire	

Lorsque vous cochez une case dans la section ci-dessous, n'oubliez pas d'inscrire l'information correspondante à l'endroit approprié dans la partie supérieure.

### Modifications

<input type="checkbox"/> Changement d'adresse de l'utilisateur	Date Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Changement du tarif journalier de la rétribution	Date Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Changement du pronostic de réintégration	Date Année Mois
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse et/ou de représentant de l'utilisateur	Date Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Départ	Date Année Mois Jour	Si décès, cochez <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Changement de barème (PAE)	Date Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Autre	Précisez :		