**FORMULAIRE**

**Procédure d’examen de la classification à la demande de la ressource**

**Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d’assistance**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE** |
| Nom et prénom de la ressource : (Lettres moulées)No de la ressource : Adresse : Ville : Code postal :  |
| Téléphones:  |
| No de l’usager :  |
| Nom de l’association ou de l’organisme représentatif : ADREQ (CSD) MontérégieDate de l’instrument : Date de réception de l’instrument : Date de la demande de procédure d’examen / classification :  |

**MOTIFS DE RÉVISION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIPTEUR** | **ACTION CONTESTÉE**  | **ACTION SUGGÉRÉE** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Précisez les motifs de la demande :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIPTEUR** | **ACTION CONTESTÉE (NO)** | **ACTION SUGGÉRÉE (NO)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Précisez les motifs de la demande :**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIPTEUR** | **ACTION CONTESTÉE (NO)** | **ACTION SUGGÉRÉE (NO)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Précisez les motifs de la demande :**  |