**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) Montérégie  Date 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 :** |