

Outil De Mise En Correspondance Programme Passeport

Version: Juillet 2022 (à utiliser avec le SIS-A)

Indiquez le(s) soutien(s) demandé(s) par le demandeur en marquant d'un « X » la case en surbrillance appropriée

L'individu fait une demande de: Soutien à la participation communautaire
 Répit

Partie 1 – Soutien À La Participation Communautaire

La Communication et les Capacités Sociales

Communiquer avec les autres et participer à des activités sociales.

Instructions d'évaluation

- Dans le tableau intitulé « Section 2 : Classement de l'indice des besoins de soutien » à la page 11 du formulaire SIS-A, déterminez le percentile de sous-échelle pour chaque catégorie listée sous « Source d'évaluation » ci-dessous.
- Choisissez le niveau de soutien correspondant et inscrivez la note dans l'encadré en surbrillance ci-dessous.

La Communication et les Capacités Sociales		
Source d'évaluation: SIS-A		
F. Activités sociales		
Fourchette de percentiles	Niveau de soutien	Note
1 à 10	Niveau 1	

11 à 30	Niveau 2	
31 à 60	Niveau 3	
61 à 80	Niveau 4	
81 à 99	Niveau 5	
Note de communication et de capacités sociales:		

Soutien À La Participation Communautaire

Participer à des activités de vie communautaire.

Soutien À La Participation Communautaire		
Source d'évaluation: SIS-A		
B. Activités de participation communautaire		
Fourchette de percentiles	Niveau de soutien	Note
1 à 10	Niveau 1	
11 à 30	Niveau 2	
31 à 60	Niveau 3	
61 à 80	Niveau 4	
81 à 99	Niveau 5	
Note des soutiens à la participation communautaire:		

Soins Personnels

Gestion des exigences de soins personnels (par exemple, alimentation, hygiène, mobilité).

Instructions d'évaluation

- Dans le tableau intitulé « Section 2 : Classement de l'indice des besoins de soutien » à la page 11 du formulaire SIS-A, déterminez le percentile de sous-échelle pour les deux catégories énumérées sous « Source d'évaluation » ci-dessous.
- Déterminez le percentile le plus élevé des deux catégories (lorsque le percentile des deux catégories n'est pas le même), sélectionnez le niveau de soutien correspondant et inscrivez la note dans l'encadré en surbrillance.

Soins Personnels		
Source d'évaluation: SIS-A		
A. Activités de la vie à la maison et E. Activités de santé et de sécurité		
Fourchette de percentiles	Niveau de soutien	Note
1 à 10	Niveau 1	
11 à 30	Niveau 2	
31 à 60	Niveau 3	
61 à 80	Niveau 4	
81 à 99	Niveau 5	
Note pour les soins personnels:		

Médical

Intervention et soutien nécessaires pour répondre à des besoins médicaux exceptionnels.

Instructions d'évaluation

De la page 2 du formulaire SIS-A (section 1A : Besoins exceptionnels de soutien médical), déterminez la note globale* et sélectionnez le niveau de soutien correspondant ci-dessous.

* Si le total se trouve entre 1 et 5, regardez dans le tableau de la section 1A s'il y a au moins un besoin de soutien médical avec une note de 2. Si c'est le cas, sélectionnez le niveau 3, sinon sélectionnez le niveau 2 comme indiqué.

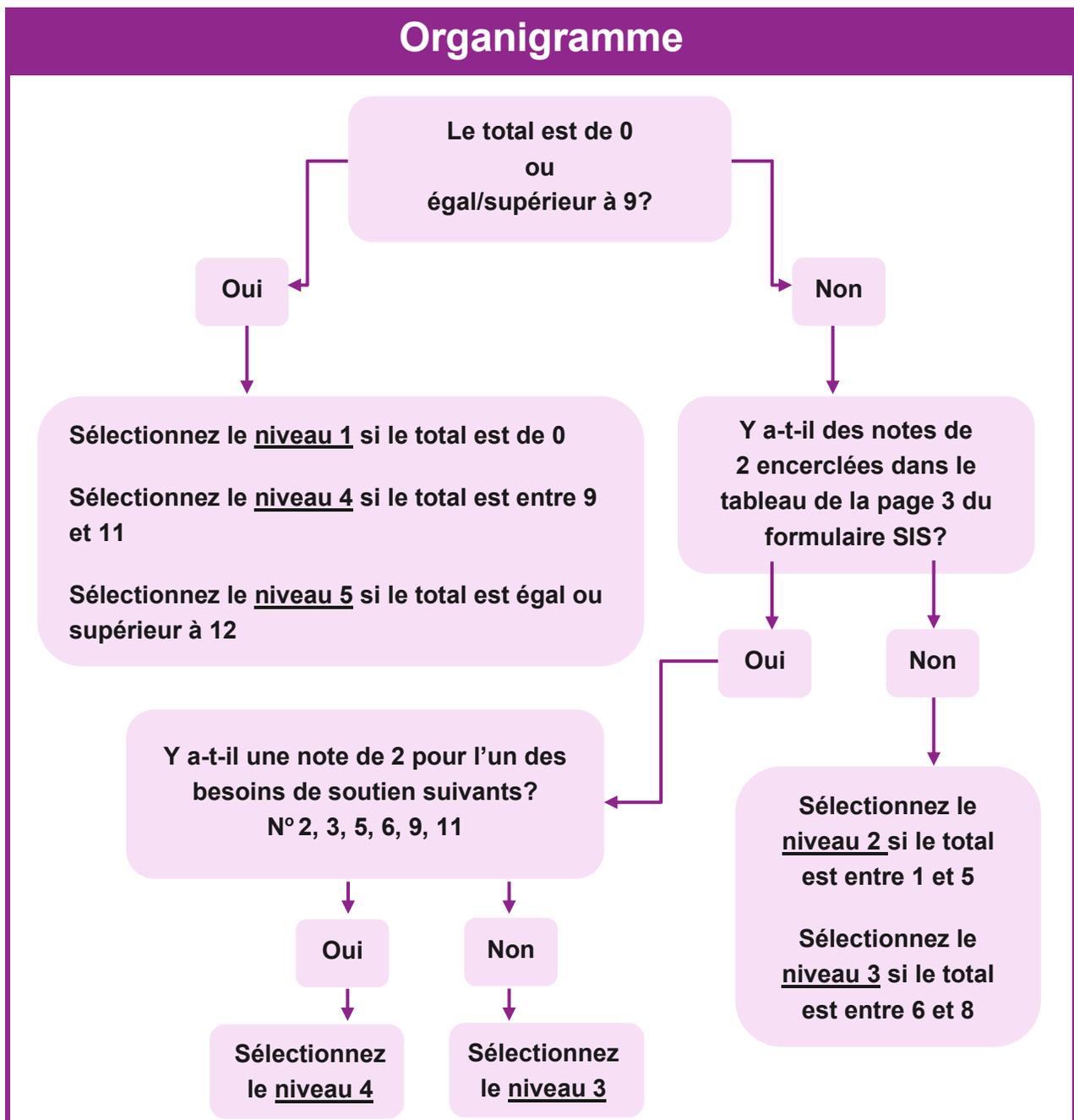
Médical		
Source d'évaluation: SIS-A		
1A. Besoins exceptionnels en matière de soutien médical		
Évaluation	Niveau de soutien	Note
0	Niveau 1	
1 à 5	Niveau 2	
6 à 8 ou au moins un besoin de soutien avec une note de 2	Niveau 3	
9 à 13	Niveau 4	
> = 14	Niveau 5	
Note médicale:		

Comportemental

Intervention et soutien nécessaires pour répondre aux besoins comportementaux exceptionnels.

Instructions d'évaluation

De la page 3 du formulaire SIS-A (section 1B : Besoins exceptionnels de soutien comportemental), déterminez la note globale et utilisez l'organigramme suivant pour sélectionner un niveau de soutien ci-dessous :



Comportemental		
Source d'évaluation: SIS-A		
1B. Besoins exceptionnels de soutien comportemental		
Évaluation	Niveau de soutien	Note
0	Niveau 1	
1 à 5	Niveau 2	
6 à 8	Niveau 3	
9 à 11	Niveau 4	
> = 12	Niveau 5	
Note de comportement:		

REMARQUE : La note de catégorie de comportement NE DOIT PAS être déterminée sans utiliser l'organigramme ci-dessus.

Soutiens Officiels / Financés Par Le Gouvernement

Accès aux soutiens existants officiels/financés par le gouvernement.

Instructions d'évaluation

La note de cette partie est déterminée sur la base des renseignements des questions 1 à 9 de la section Services et soutiens actuels du dossier ICE. Si ces renseignements ne sont pas disponibles dans le dossier ICE, veuillez vous référer au formulaire DSSPDI.

Remarque : Avant de noter l'école secondaire comme un soutien existant (question 5) dans cette partie, vérifiez l'âge de l'individu dans le profil de la personne. Si la personne est âgée de 21 ans ou plus, ou si elle atteint l'âge de 21 ans dans les six mois qui suivent la date à laquelle l'outil de mise en correspondance est rempli, il ne faut PAS considérer l'école comme un soutien existant.

* Si le **seul** soutien existant est de 5 500 \$ par l'intermédiaire du programme Passeport, alors la personne doit être placée au niveau 5

Soutiens Officiels / Financés Par Le Gouvernement

Source d'évaluation: DSSPDI / ICE

Section 4 - Services et soutiens

(Questions 1 to 9)

Évaluation	Niveau de soutien	Note
Soutien à la vie en groupe (4 jours ou plus par semaine)	Niveau 1	
Une évaluation de « 30 heures ou plus par semaine » aux questions 2, 8 ou 9	Niveau 2	
Tout arrangement résidentiel financé par le gouvernement (y compris les résidences de groupe avec services de soutien <4 jours par semaine) OU Une note de « 30 heures ou plus par semaine » à la question 5 ou 7	Niveau 3	
Tout autre arrangement de soutien non identifié ci-dessus *	Niveau 4	
Aucun soutien n'est identifié dans les questions 1 à 9	Niveau 5	
Note pour les soutiens officiels / finances par le gouvernement:		

Résumé du Soutien À La Participation Communautaire

Résumé du Soutien À La Participation Communautaire	
Catégorie	Note
Communication et capacités sociales	
Soutiens à la participation communautaire	
Soins personnels	
Médical	
Comportemental	
Soutiens officiels/financés par le gouvernement	
Note du soutien à la participation communautaire :	
Allocation du soutien à la participation communautaire:	

Grille de Financement du Soutien À La Participation Communautaire

Note du SPC	Montant du financement	Note du SPC	Montant du financement
3	1518	40	10943
4	1746	41	11322
5	1973	42	11702
6	2201	43	12081

Note du SPC	Montant du financement	Note du SPC	Montant du financement
7	2429	44	12461
8	2657	45	12840
9	2884	46	13220
10	3112	47	13599
11	3340	48	13979
12	3581	49	14358
13	3820	50	14738
14	4061	51	15117
15	4301	52	15497
16	4542	53	15876
17	4782	54	16382
18	5023	55	16888
19	5262	56	17394
20	5503	57	17900
21	5743	58	18406
22	5984	59	18912
23	6224	60	19418
24	6465	61	20051
25	6705	62	20683
26	6945	63	21316
27	7185	64	21948
28	7426	65	22581

Note du SPC	Montant du financement	Note du SPC	Montant du financement
29	7666	66	23213
30	7907	67	23846
31	8191	68	24794
32	8476	69	25743
33	8760	70	26692
34	9045	71	27641
35	9329	72	28621
36	9614	73	29601
37	9899	74	30581
38	10184	75+	31625
39	10563		

Partie 2 - Répit

Besoins de Soutien Individuels

Instructions d'évaluation

Les notes pour les catégories « Besoins de soutien individuels » et « Soutien officiel/financés par le gouvernement » seront remplies automatiquement dans ce modèle selon les renseignements que vous aurez saisis dans la partie SPC de l'outil.

Besoins de Soutien Individuels			
Catégorie	SPC Note	Facteur de répit	Note de répit
Communication et capacités sociales		x 0.16	
Soutiens à la participation communautaire		x 0.12	
Soins personnels		x 0.40	
Médical		x 0.32	
Comportemental		x 0.34	
		Sous-total:	

Soutiens Officiels / Financés par le Gouvernement			
Catégorie	SPC Note	Facteur de répit	Note de répit
Soutiens officiels/financés par le gouvernement		x 0.06	

Préoccupations Des Fournisseurs De Soins

Instructions d'évaluation

- Examinez les questions 2 à 5 des sections du dossier ICE ayant trait à l'état de santé du fournisseur principal de soins non rémunéré et aux préoccupations relatives aux autres membres de la famille fournissant des soins
- Additionnez les notes obtenues à ces questions – seules les notes supérieures à 1 (« Aucun impact ») Inscrivez la note appropriée dans l'encadré en surbrillance ci-dessous doivent être prises en compte.
- Inscrivez la note appropriée dans l'encadré en surbrillance ci-dessous.

Préoccupations Des Fournisseurs De Soins		
Le total est égal ou supérieur à 10 OU Au moins deux notes de 5	8	
Le total se situe entre 8 et 9 OU Une note de 5	6	
Le total se situe entre 5 et 7 OU Au moins une note de 4	4	
Le total se situe entre 2 et 4	2	
Toutes les questions ont reçu la note 1 (« Aucun impact ») ou la section n'est pas remplie	0	
Note:		

Fournisseur De Soins Unique

Déterminez si le fournisseur de soins est un fournisseur de soins principal à partir du profil de la personne et indiquez la note appropriée dans l'encadré en surbrillance ci-dessous

Un seul fournisseur principal de soins	2	
Plus d'un fournisseur principal de soins	0	
Note:		
Total (arrondi à un nombre entier):		

Grille De Financement Des Services De Répét

Note	Montant du financement	Note	Montant du financement
1	759	21	6230
2	1012	22	6578
3	1265	23	6926
4	1518	24	7274
5	1771	25	7622
6	2024	26	8064
7	2277	27	8507
8	2530	28	8950
9	2783	29	9393

Note	Montant du financement	Note	Montant du financement
10	3036	30	9835
11	3321	31	10398
12	3606	32	10962
13	3890	33	11525
14	4175	34	12087
15	4459	35+	12650
16	4744		
17	5028		
18	5313		
19	5598		
20	5883		

Résumé de la Répit

Résumé de la répit	
Note de répit:	
Répit:	

Compte Rendu De La Décision

Compte rendu de la décision	
Région:	
Date:	
Nom de l'évaluateur :	
Nom du demandeur :	
Date de naissance du demandeur :	
Montant de l'allocation du SPC :	
Montant de l'allocation de répit :	
Montant total de l'allocation :	

Signature de l'évaluateur :

Signature du superviseur :