MEI
Mécanisme d'examen indépendant
pour le Programme d'intervention en autisme

Contact NIAGARA

Veuillez remplir la SECTION 1 de ce formulaire et le retourner par télécopieur, courriel ou en personne à votre fournisseur régional du PIA.

SECTION 1 – À être complétée par le parent/fournisseur de soins :

FOURNISSEUR DU PIA :

- ☐ **Kinark Child and Family Services**
- ☐ **ErinoakKids**
- ☐ **Hôpital pour Enfants de l'Est de l'Ontario**
- ☐ **Hamilton Health Sciences**
- ☐ **HANDS the Family Help Network**
- ☐ **Pathways for Children and Youth**
- ☐ **Thames Valley Children's Centre**
- ☐ **Child & Community Resources**
- ☐ **Surrey Place Centre**

DATE DE REMISE DU FORMULAIRE : _____ Jour/Mois/Année

Date que vous avez reçu l'avis par écrit de la décision du fournisseur du PIA: _____ Jour/Mois/Année

NOM DE L'ENFANT : (Veuillez imprimer svp)

_____ ☐ **MÂLE** ☐ **FEMELLE**

Nom de famille Prénom

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT : _____ Jour/Mois/Année

L'enfant habite avec le(s) soignant(s) ci-dessous : ☐ Oui ☐ Non

PARENT(S)/FOURNISSEUR(S) DE SOINS _____

Nom de famille Prénom

LIEN : _____ **TITRE:** ☐ **Dr** ☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**

PARENT/SOIGNANT : _____

Rue Ville Prov. Code Postal

TÉLÉPHONE : ( ) _____ **OU** ( ) _____

Si l'enfant n'habite pas avec le(s) soignant(s) nommé ci-dessus, veuillez en fournir une explication.

CONSENTEMENT ET ENTENTE :

Je, soussigné(e), consens au partage des renseignements entre le fournisseur du Programme d'intervention en autisme (PIA) indiqué ci-dessus et Contact Niagara en son rôle de coordonnateur du Mécanisme d'examen indépendant. Le but de ce partage de renseignements est de compléter la révision que j'ai demandée au sujet de la décision liée à l'admissibilité ou au retrait de mon enfant à recevoir les services du PIA. Je comprends que la première étape du processus de révision est celle d'une révision interne effectuée par le fournisseur du PIA.

_____ Signature _____ Jour/Mois/Année

SECTION 2 – À être complétée par le fournisseur régional du PIA :

DÉCISION EN VOIE DE RÉVISION :

☐ ADMISSIBILITÉ ☐ RETRAIT

GENRE DE SERVICES

☐ DFO ☐ DSO

Date que l'avis écrit de la décision fut envoyé à la famille : _____ Jour/Mois/Année

Date d'avis au MEI (Date inscrite dans Webtracker) : _____ Jour/Mois/Année

Date du formulaire: février 2015