**Complex Support Plan**

**Plan de soutien pour besoins complexes**

**Date of Plan/Date du plan :**

**Name/Nom : D.O.B/D.D.N. :**

**Power of Attorney (POA)/Substitute Decision Maker (SDM): parents make decisions**

**Procureur assigné/Décisionnaire remplaçant :**

|  |
| --- |
| **Description of the Person / Description de la personne :** |

**Referral Reason** *(reference perspective of initial referral source (DSO) and also individual/circle of support)***: Raison de l’aiguillage** *(Décrire les perspectives de la source d’aiguillage initiale (SOPDI) et individuelle/du cercle de soutien)* **:**

|  |
| --- |
|  |

**Risk/Risques :**

|  |
| --- |
|  |

**Information Source/Source d’information :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date of Doc/Interview etc.****Date des documents/entrevues, etc.** | **Name of document or people involved / Nom du document ou des personnes impliquées** |
|  |  |
|  |  |

**Key Family/Service Providers/Case Managers:**

**Membres de la famille/Fournisseurs de service/Gestionnaires de cas :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name/Nom** | **Role in the person’s life / Rôle dans la vie de la personne** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Summary (Initial Complex Support Plan)/Sommaire (Plan initial de soutien pour besoins complexes)**

|  |
| --- |
|  |

**Mutual Agreed Upon Goals**

**Objectifs dérivant d’un accord mutuel**

*(CNSCO Professionals will choose whether to categorize/label based on needs and goals identified, team etc. The content of the table is the consistent segment, format may change. It is intended as a living document with monthly updates. Each update generates a revised copy of the Complex Support Plan. Consider a biopsychosocial formulation. / Les professionnels des RCCS-O choisiront de classer/qualifier en se basant sur les besoins et les buts identifiés, l’équipe, etc. Le contenu de ce tableau représente l’information consistante, son format peut changer. Ce document est évolutif et des mises à jour mensuelles y seront apportées. Chaque mise à jour génèrera une révision du Plan de soutien pour besoins complexes. Veuillez considérer l’utilisation d’une approche de formulation biopsychosociale.)*

**Need Identified/Besoins identifiés :**

**Goal/But :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action Item/Approach/Task****Action à entreprendre/Approche/Tâche** | **Responsibility/****Responsabilité** | **Timeline/Review Date****Échéancier/Date de révision** |
|   |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Update/Mise-à-jour :** | **Review Date/Date de révision :** |

**Need Identified/Besoins identifiés :**

**Goal/But :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action Item/Approach/Task****Action à entreprendre/Approche/Tâche** | **Responsibility/****Responsabilité** | **Timeline/Review Date****Échéancier/Date de révision** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Update/Mise-à-jour :** | **Review Date/Date de révision :** |

**Next Review Date/Prochaine date de révision :**

|  |
| --- |
|  |

**Service Complete/Service complété** *: (Reason it is moved to inactive. Any additional recommendations. / Raisons pour lesquelles le service est devenu inactif. Recommendations additionnelles.)*

|  |
| --- |
|  |

**Complex Support Plan Reviewed with and Agreed By / Plan de soutien pour besoins complexes révisé et convenu par :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name/Nom** | **Signature** | **Date** |
| Individual Signs (may require an ‘adapted version’)Signature de l’individu (peut exiger une version adaptée) |  |  |
| Guardian/SDM/POATuteur/Tutrice/Mandataire spécial/Procureur assigné |  |  |
| Community Lead (Case Manager/Family/etc.)Responsable communautaire (Gestionnaire de cas/famille/etc.) |  |  |
| CNSCO RepresentativeReprésentant des RCSS-O |  |  |