

Nom de l'utilisateur:		Date de naissance:
_____		_____
No de dossier:	No de RAMQ:	Date de l'évaluation d'admissibilité:
_____	_____	_____

GRILLE DE SÉLECTION DE LA POPULATION ADMISSIBLE AUX SIPPE

ADMISSIBILITÉ ¹		
ÂGE DE L'ENFANT		
Êtes-vous enceinte (ou votre partenaire est-elle enceinte)?	Oui	Non
Sinon, quel est l'âge de votre bébé?	_____ MOIS	
Bébé de moins de 12 mois?	Oui	Non
REVENU		
Quelle est votre source principale de revenu?	_____	
Avez-vous un emploi?	Oui	Non
Si oui, est-ce que votre emploi vous apporte un revenu stable?	Oui	Non
* Est-ce que le coût de votre loyer vous empêche d'acheter des produits de base?	Oui	Non
* Avez-vous de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois. Par exemple, diriez-vous que vos revenus sont insuffisants pour répondre aux besoins de base de votre famille, par exemple le logement, l'alimentation et l'habillement?	Oui	Non
* Vous arrive-t-il d'avoir faim par manque d'argent pour acheter des aliments?	Oui	Non
* Avez-vous peur parfois de manquer de nourriture?	Oui	Non
Faible revenu? Si la personne n'a pas d'emploi, si son emploi ne lui apporte pas un revenu stable ou si elle a répondu oui à une ou plusieurs des questions comportant un astérisque, elle a un faible revenu.	Oui	Non

1 - Toutes les familles admissibles à SIPPE ont automatiquement accès au programme Olo. ➔

SCOLARISATION		
Avez-vous un diplôme d'études secondaires ou professionnelles ?	Oui	Non
Sous-scolarisation ?	Oui	Non
ISOLEMENT SOCIAL OU SOLITUDE		
Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	Jamais Rarement	Quelquefois* Souvent*
Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous aider pendant la grossesse ou avec le bébé ?	Aucune personne* Conjoint(e) Ami Famille	Soutien communautaire Autre (s) :
À quelle fréquence pouvez-vous compter sur ces personnes ?	Jamais* Rarement*	Quelquefois Souvent
Lors d'une semaine typique, combien de fois êtes-vous en contact avec les membres de votre entourage ?	Une fois par semaine* 2 fois par semaine* 3 à 5 fois par semaine Presque tous les jours	
Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vos relations sociales ?	Très satisfait Satisfait Ni satisfait, ni insatisfait	Insatisfait* Très insatisfait* Ne sais pas
Isolement social ou solitude ? Si une réponse choisie comporte un astérisque, la personne vit de l'isolement social ou de la solitude.	Oui	Non
FACTEURS DE RISQUES ET DE PROTECTION (À UTILISER POUR LA PRIORISATION)		
ÂGE DES PARENTS		
Quel âge avez-vous ?	_____ ANS	
1 ^{ER} ENFANT		
Est-ce qu'il s'agit de votre premier enfant ?	Oui	Non
FACTEUR DE PROTECTION		
Accès à des services de soutien ?	Oui	Non
Habilités sociales ?	Oui	Non
Motivation à résoudre des problèmes ?	Oui	Non
Capacité d'adaptation ?	Oui	Non