Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

REGISTRE DES FORMULAIRES
«TEST ABRÉGÉ
DES BESOINS ET DES RESSOURCES»

Nom de la maison d'hébergement	Pour la période se terminant le 31 mars _____
Région administrative	N° de dossier

Données recueillies auprès des personnes ne bénéficiant pas d'aide financière de dernier recours en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles.

Numéro formulaire	Nombre d'enfants	JOURS-PRÉSENCE		N° de dossier * (✓)	Revenus* *	Avoir liquide personnel disponible
		Adultes	Enfants			
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	
					A **B**	

** Cocher s'il s'agit d'un prestataire d'aide financière de dernier recours en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles.*

*** **A) Revenu mensuel personnel disponible** **B) Prestations fédérales incluses dans A***