



"Rebuilding a life...  
Renewing a dream"

## DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'AIDE À LA VIE AUTONOME

237, rue Second, C. P. 832, Midland (Ontario) L4R 4P4

Tél. : 705 526-1305 Téléc. : 705 526-9248

Nom (Prénom/deuxième prénom/nom de famille/alias) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° de carte Santé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ État matrimonial : \_\_\_\_\_ Ethnicité : \_\_\_\_\_

Langue de choix : \_\_\_\_\_ Code de version de la carte Santé : \_\_\_\_\_

Autochtone?  Oui  Non      Citoyenneté? \_\_\_\_\_

Source du renvoi : \_\_\_\_\_ Tél. de la source du renvoi : \_\_\_\_\_

Plus proche parent : \_\_\_\_\_

(Nom)

(Téléphone)

(Adresse)

(Lien)

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

(Nom)

(Téléphone)

(Adresse)

(Lien)

Gestionnaire de cas/thérapeute : \_\_\_\_\_

(Nom)

(Adresse)

(Téléphone)

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

(Nom)

(Adresse)

(Téléphone)

Psychiatre : \_\_\_\_\_

(Nom)

(Adresse)

(Téléphone)

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_ Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de santé?  Oui  Non Avez-vous des maladies chroniques?  Oui  Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, précisez : \_\_\_\_\_

**PROBLÈMES ACTUELS**

- Menace pour les autres
- Menace pour soi
- Tentative de suicide
- Violence physique
- Violence sexuelle
- Éducation
- Logement
- Démêlés avec la justice
- Problèmes de santé
- Symptômes propres à une maladie mentale grave
- Problèmes d'ordre social ou interpersonnel
- Problèmes liés à l'emploi
- Problèmes liés aux relations
- Problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues
- Problèmes liés aux dépendances
- Activités de la vie quotidienne
- Besoin d'un mandataire à l'égard des soins à la personne et des finances
- Autres

Si vous avez coché des problèmes ci-dessus, précisez : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT ACTUEL (DRESSEZ LA LISTE DES MÉDICAMENTS, DES SERVICES DE COUNSELING ET DES GROUPES DE SOUTIEN, ENTRE AUTRES)**

---



---



---

Quels autres organismes communautaires vous fournissent des services?

\_\_\_\_\_

Avez-vous un plan écrit d'intervention en cas de crise?  Oui  Non

Si « oui », où? \_\_\_\_\_

Avez-vous rempli une ÉCBO?  Oui  Non Si « oui », où? \_\_\_\_\_

Faites-vous l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire?  Oui  Non

Quand avez-vous commencé à avoir des problèmes de santé mentale? \_\_\_\_\_

Quel âge aviez-vous lors de votre première hospitalisation psychiatrique? \_\_\_\_\_

Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) au cours des deux dernières années? \_\_\_\_\_

**NOM DE L'HÔPITAL ET DATES DES 4 DERNIÈRES ADMISSIONS EN PSYCHIATRIE**

	<u>Nom de l'hôpital</u>	<u>Date de l'admission</u>	<u>Date du congé</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

**ÉVALUEZ VOTRE APTITUDE À EFFECTUER LES TÂCHES SUIVANTES :**

	<b>BONNE</b>	<b>PASSABLE</b>	<b>MAUVAISE</b>
1. Établir un budget			
2. Payer le loyer à temps			
3. Faire la cuisine			
4. Faire l'épicerie			
5. Faire la lessive			

**POURQUOI VOULEZ-VOUS PARTICIPER AU PROGRAMME D'AIDE À LA VIE AUTONOME?** \_\_\_\_\_

**QUELS SONT VOS OBJECTIFS?** \_\_\_\_\_

**QUELLES APTITUDES AIMERIEZ-VOUS ACQUÉRIR OU RENFORCER?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COCHEZ LA SITUATION QUI S'APPLIQUE À VOTRE CAS**

Emploi à temps partiel

Aux études ou en formation de recyclage

Emploi à temps plein

À la retraite

- Capable de travailler, mais sans emploi     Incapable de travailler  
 Bénévolat     Travail autonome  
 Autre

Avez-vous eu un emploi payé à un moment donné au cours des six derniers mois?  Oui  Non

Quel est le plus haut niveau d'études ou de formation que vous ayez atteint? \_\_\_\_\_

### **FINANCES**

Source de revenu (Ontario au travail, POSPH, RCP, emploi, etc.) : \_\_\_\_\_

Somme mensuelle : \_\_\_\_\_

### **OÙ VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maison privée ou app. – loyer du marché | <input type="checkbox"/> Maison privée ou app. – loyer subventionné |
| <input type="checkbox"/> Maison de chambres                      | <input type="checkbox"/> Foyer de soins de longue durée             |
| <input type="checkbox"/> Foyer de soins spécialisés              | <input type="checkbox"/> Logement municipal sans but lucratif       |
| <input type="checkbox"/> Foyer de groupe                         | <input type="checkbox"/> Logement privé sans but lucratif           |
| <input type="checkbox"/> Sans abri                               | <input type="checkbox"/> Hôpital psychiatrique                      |
| <input type="checkbox"/> Refuge                                  | <input type="checkbox"/> Hôpital général                            |
| <input type="checkbox"/> Logement avec services de soutien       | <input type="checkbox"/> Autre hôpital spécialisé                   |
| <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel             | <input type="checkbox"/> Hôpital pour malades chroniques            |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite                      | <input type="checkbox"/> Autre _____                                |
| <input type="checkbox"/> Ne sais pas                             |   |

### **AVEC QUI VIVEZ-VOUS?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e)               | <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire              |
| <input type="checkbox"/> Parents               | <input type="checkbox"/> Conjoint(e)/partenaire et d'autres  |
| <input type="checkbox"/> Enfants               | <input type="checkbox"/> Personnes non membres de la parenté |
| <input type="checkbox"/> Membres de la parenté |  |

Est-ce que vos conditions de logement actuelles sont satisfaisantes?  Oui  Non Si « non », pourquoi? \_\_\_\_\_

Avez-vous été sans abri à un moment donné au cours des six derniers mois?  Oui  Non

Avez-vous déjà été expulsé(e) de votre logement?  Oui  Non

*Les renseignements fournis dans cette demande serviront à la collecte de données pour le programme et à des fins d'évaluation. Le nom des personnes qui présentent une demande ne sera pas utilisé dans ce processus de collecte. En signant ci-dessous, la personne qui présente la demande consent à l'utilisation des renseignements à ces fins et sait qu'elle peut retirer son consentement en tout temps. Le fait de participer ou de refuser de participer à la collecte de données n'aura aucune incidence sur les services offerts.*

Pouvons-nous utiliser ces renseignements à des fins d'évaluation?  Oui  Non

Signature de la personne qui présente la demande : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Envoyez votre demande dûment remplie au responsable du programme.**

**OFFICE USE ONLY**

Referral Date: \_\_\_\_\_ Referral Status: \_\_\_\_\_

Intake Outcome: \_\_\_\_\_ Service Entry Date: \_\_\_\_\_