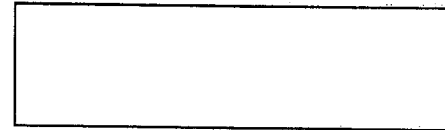


**FORMULAIRE - Demande d'admission
Studios avec soutien communautaire
Corporation Félix Hubert d'Hérelle**



INFORMATIONS DE PRE - ADMISSION

Demande effectuée le : _____
[jj - mm - aaaa]

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____
[jj - mm - aaaa]

Lieu de naissance : _____

Possède une carte d'assurance-maladie : Oui Non

NAM : _____

Expiration de la carte : _____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

État civil : _____

Langue(s) de communication : Français Anglais

Autre langue : _____

Communauté culturelle : _____

Autre: _____

Citoyenneté canadienne : oui non

Immigrant(e) reçu(e) : oui non

Date d'arrivée au pays : _____
[jj - mm - aaaa]

Nom du référant : _____

Organisme du référant : _____

Téléphone : _____

PROVENANCE DU DEMANDEUR

Amis

Institution - Soins physiques

Pension

Appartement

Institution - Soins psychologiques

Autre / Précisions ↓

Établissement carcéral

Itinérance

Famille

Organisme communautaire

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Loyer trop cher | <input type="checkbox"/> mauvais état de santé |
| <input type="checkbox"/> difficulté d'accès | <input type="checkbox"/> incapacité à entretenir le logement |
| <input type="checkbox"/> obligation de quitter le logement | <input type="checkbox"/> problème d'environnement et de voisinage |
| <input type="checkbox"/> recherche de sécurité et de support | <input type="checkbox"/> solitude, ennui, éloignement des services |
| <input type="checkbox"/> logement trop petit ou trop grand | <input type="checkbox"/> raisons médicales reliées à la condition du logement |
| <input type="checkbox"/> autres, lesquelles : | |
-
-

CAPACITÉ DU REQUÉRANT

	AUTONOME	SEMI-AUTONOME	DEPENDANT	
Entretien ménager, lessive et épicerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilité à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilité à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levée et transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Devez-vous vous déplacer, de façon permanente, en fauteuil roulant ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'un handicap moteur autre que celui relié à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si oui, le(s)quel(s) ? _____

Quels sont vos besoins particuliers ? _____

Disposez-vous d'un réseau d'entraide ? oui non

Si, oui

Parents

Amis

Organismes, spécifiez _____

CONSOMMATIONS

Faites-vous usage de substances psycho-actives (drogues) ? oui non

Si oui, lesquels :

- Alcool _____
- Stupéfiants _____
- Tabac _____
- médicament non prescrit _____

Avez-vous un dossier judiciaire ? oui non

SERVICES ADAPTÉS

Durant les douze (12) derniers mois, avez-vous reçu ou recevez-vous encore des services adaptés ? oui non

Si oui, lesquels :

Service	Organisme
<input type="checkbox"/> Accompagnement	_____
<input type="checkbox"/> Psychologue	_____
<input type="checkbox"/> Désintoxication	_____
<input type="checkbox"/> Groupe de support	_____
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	_____
<input type="checkbox"/> Soins à domicile	_____
<input type="checkbox"/> Autres	_____

Quels sont les services dont vous auriez eu besoin, mais qui n'étaient pas disponibles ?

☒ REFERENCES ET CONTACTS

Médecin : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

Médecin : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

Intervenant : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

Travailleur social : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

Autre personne ressource : _____ Institution: _____ Téléphone : _____

☒ DECLARATION DU REQUERANT

Je déclare solennellement que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais et complets.

J'autorise la corporation Félix Hubert d'Hérelle, à faire toutes les vérifications jugées nécessaires.

Il est entendu, cependant, que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins d'hébergement dans les studios avec soutien communautaire de la corporation Félix Hubert d'Hérelle.

Signature du requérant : _____

Date : _____

Prière de joindre à votre demande une copie de votre certificat de naissance.

Réservé à l'administration

Demande reçue par : _____

Date : _____

