

Information sur la source de référence

Demande de service faite par :

Numéro de contact :

Adresse :

Numéro de facturation (si cela s'applique) :

Télécopieur :

Relation à l'enfant/l'adolescent :

Information sur l'enfant/l'adolescent

Nom :

Date de naissance :

Numéro de carte Santé :

Date d'expiration de la carte Santé :

Adresse :

Numéro de téléphone cellulaire :

Ontario

Numéro de téléphone à domicile :

Sexe :

Pronoms préférés :

Identité de genre :

Si autre, veuillez spécifier:

Demande de service pour :

SI ENFANT/ADOLESCENT: Y a-t-il consentement à ce qu'on communique avec le parent/le tuteur au sujet de la prestation de services par l'entremise d'1appel1cllic ?

SI PARENT/TUTEUR: Nom du parent/tuteur :

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence

Nom au complet :

Relation à l'enfant/l'adolescent :

Numéro de téléphone :

Êtes-vous le tuteur :

Langue(s) parlée(s) à la maison :

Si autre, veuillez spécifier :

Dans quelle langue officielle, français ou anglais, le client souhaiterait-il recevoir les services?

Quelle est la meilleure façon de communiquer avec l'enfant/adolescent/aidant?

SI PAR TÉLÉPHONE: Meilleur numéro à appeler :

SI PAR COURRIEL: Adresse électronique :

Veillez expliquer pourquoi le client demande des services:

Le client a-t-il reçu des services dans le passé? SI OUI: veuillez fournir des détails:

Le client consent-il à rencontrer quelqu'un pour discuter davantage de ses besoins? (Le consentement est requis d'un adolescent de 12 ans et plus reconnu compétent. Veuillez rappeler à l'enfant/adolescent que son consentement est volontaire et peut être retiré en tout temps au cours de ce processus. Rappeler à l'enfant/adolescent que cette information demeure confidentielle et n'est pas divulguée sans consentement, à l'exception de ce que la loi exige.)
