

Date : AAAA - MM - JJ

Service d'action sociale

Le Service d'action sociale offre des services de soutien et de gestion de cas intensive aux Yukonnaises et aux Yukonnais qui ont besoin d'aide pour :

- Des besoins de base : alimentation, sécurité, recherche et maintien d'un logement, finances, développement des compétences fondamentales pour une vie autonome
- Un aiguillage ou une liaison vers des services de soutien communautaire : santé, santé mentale, usage de substances, emploi, finances
- Une transition entre un établissement correctionnel, un hôpital ou un programme de traitement et la collectivité (lorsque la personne a besoin d'aide pour une des deux catégories ci-dessus)

Le Service d'action sociale N'EST PAS un fournisseur de logement. Le soutien est offert sur une base volontaire.

Renseignements personnels			
Prénom		Nom de famille	
		Date de naissance AAAA - MM - JJ	
Identité de genre (facultatif)	Téléphone	Adresse courriel	
Numéro et rue			
Ville		Province ou territoire	Code postal
Si vous n'avez pas de domicile fixe ou s'il est difficile de communiquer avec vous, indiquez où et quand vous joindre			
Est-ce que le Service peut vous y laisser un message? ☐ Oui ☐ Non			
Origine de l'aiguillage			
Origine de l'aiguillage : ☐ personne concernée ☐ organisme			
Nom de la personne à l'origine de l'aiguillage (le cas échéant)			
Nom de l'organisme à l'origine de l'aiguillage (le cas échéant)			
Téléphone de l'organisme		Courriel de l'organisme	
Acceptez-vous que l'organisme à l'origine de l'aiguillage (le cas échéant) communique vos renseignements au Service d'action sociale? ☐ Oui ☐ Non			

Indiquez vos besoins en cochant les cases correspondantes :

☐ Alimentation	☐ Emploi	☐ Usage de substances	☐ Vie autonome
☐ Sécurité	☐ Finances	☐ Santé mentale	☐ Remise en liberté
☐ Logement	☐ Vie communautaire	☐ Handicap	☐ Justice pénale
☐ Éducation	☐ Relations familiales/sociales	☐ Maladie chronique	
☐ Autre : _____			

Recevez-vous actuellement des services ou de l'aide d'un des organismes suivants?

- | | |
|---|---|
| ☐ Service de protection des adultes | ☐ Services de santé mentale et de gestion de l'usage de substances |
| ☐ Conseil des Premières Nations du Yukon | ☐ Équipe d'intervention paramédicale |
| ☐ Fetal Alcohol Syndrome Society Yukon | ☐ Services de prise en charge sur recommandation |
| ☐ Programme de santé des Premières Nations | ☐ Safe At Home Society |
| ☐ Direction des soins à domicile | ☐ Refuge d'urgence de Whitehorse (405, rue Alexander) |
| ☐ Clinique médicale : _____ | ☐ Programme Vie saine du Yukon |
| ☐ Blood Ties Four Directions / Centre de consommation supervisée | ☐ Aide au revenu |
| | Si oui, choisir un organisme : |
| | ☐ Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada |
| | ☐ Première Nation ☐ Gouvernement du Yukon |
| ☐ Autre : _____ | |

Êtes-vous actuellement inscrit sur la liste des personnes sans domicile fixe de la Safe at Home Society?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Vous identifiez-vous comme une personne autochtone? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne souhaite pas répondre

Si oui, de quelle Première Nation? _____ ☐ Je ne souhaite pas répondre

Êtes-vous métis? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous inuit? ☐ Oui ☐ Non

Acceptez-vous que le Service d'action sociale communique vos renseignements aux organismes que vous avez cochés? ☐ Oui ☐ Non

Déclaration signée et consentement à la communication d'information

- Je fournis mes renseignements personnels aux fins de présentation d'une demande auprès du Service d'action sociale.
- Je comprends que le Service d'action sociale, d'autres programmes du ministère de la Santé et des Affaires sociales et d'autres fournisseurs peuvent s'échanger mes renseignements personnels dans le but de m'offrir les services qui répondent le mieux à mes besoins.
- Ce consentement n'est valide que pour une durée d'un an suivant la date de signature et ne peut être recueilli, utilisé ou communiqué qu'en conformité avec la *Loi*. Je comprends que je peux retirer ou restreindre mon consentement à tout moment en communiquant avec le Service d'action sociale au 867-667-3025.
- Dans le but de faire suite à ma demande et de m'offrir des services adéquats, je comprends que l'on peut me demander de faire d'autres évaluations ou de fournir d'autres renseignements personnels.
- Je comprends que le Service d'action sociale prendra toutes les mesures nécessaires pour communiquer avec moi dès qu'il aura reçu cette demande. Cependant, s'il est impossible de me joindre ou si je ne souhaite plus recevoir de services, ma demande de services sera annulée.

Signature du demandeur : _____ Date : AAAA - MM - JJ

Retournez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Service d'action sociale
3162, 3^e Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 1G3

Téléphone : 867-667-3025
Courriel : cosreferrals@yukon.ca
Télécopieur : 867-667-5819