

Date : AAAA - MM - JJ

Service d'action sociale

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

- Des besoins de base : sécurité alimentaire, plan de sécurité, recherche et conservation 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 psychoactives, 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	Courriel	
Adresse			
Ville		Province/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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Origine de la recommandation			
Origine de la recommandation : <input type="checkbox"/> personne concernée <input type="checkbox"/> organisme			
Nom de la personne à l'origine de la recommandation (le cas échéant)			
Nom de l'organisme (le cas échéant)			
Téléphone de l'organisme		Courriel de l'organisme	
Acceptez-vous que l'organisme à l'origine de la recommandation (le cas échéant) communique vos renseignements au Service d'action sociale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Indiquez vos besoins en cochant les cases correspondantes :

Besoins de base	Compétences fondamentales	Santé	Justice
<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Finances	<input type="checkbox"/> Usage de substances psychoactives	<input type="checkbox"/> Justice pénale
<input type="checkbox"/> Sécurité	<input type="checkbox"/> Vie communautaire	<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Remise en liberté
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Relations familiales/sociales	<input type="checkbox"/> Handicap	
<input type="checkbox"/> Logement		<input type="checkbox"/> Maladie chronique	
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Services de santé mentale et de gestion de l'usage de substances | <input type="checkbox"/> Services de prise en charge sur recommandation |
| <input type="checkbox"/> Refuge d'urgence de Whitehorse (405, rue Alexander) | <input type="checkbox"/> Service de protection des adultes |
| <input type="checkbox"/> Blood Ties Four Directions | <input type="checkbox"/> Centre de consommation supervisée |
| <input type="checkbox"/> Fetal Alcohol Syndrome Society Yukon (FASSY) | <input type="checkbox"/> Services aux personnes à besoins spéciaux |
| <input type="checkbox"/> Services aux victimes | <input type="checkbox"/> Safe At Home Society |
| <input type="checkbox"/> Centre pour femmes Victoria-Faulkner | <input type="checkbox"/> Services de soutien au revenu (gouvernement du Yukon) |
| <input type="checkbox"/> Services de soutien au revenu (Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada) | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Êtes-vous sur la liste des personnes sans domicile fixe? Oui Non

Vous identifiez-vous comme une personne autochtone? Oui Non Refus de répondre
Si oui, de quelle Première Nation? _____ Refus de répondre

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 de la personne visée par la demande : _____

Date : AAAA - MM - JJ

Retournez les formulaires dûment remplis à l'adresse suivante :

Service d'action sociale
3168, 3^e Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 1G3

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