SERVICE D'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE DE DEMANDE

Date AAAA/MM/JJ

Le Service d'action sociale fournit des services de soutien et de gestion de cas aux personnes vulnérables qui ont des antécédents d'itinérance et d'instabilité résidentielle. Une personne peut s'adresser elle-même au Service ou y être dirigée par un autre organisme s'il est démontré qu'elle a besoin de services de soutien continus qui ne peuvent lui être fournis adéquatement par aucun autre service communautaire ou gouvernemental.

Le Service est en mesure d'offrir les services suivants :

- planification et gestion de cas;
- aide à la recherche et à la conservation d'un logement;
- aide au développement de l'autonomie;
- recommandation vers d'autres services et soutiens (services médicaux, de santé mentale et de traitement des toxicomanies, services d'emploi, etc.).

Admissibilité du demandeur

Veuillez lire les énoncés ci-dessous et cocher ceux qui s'appliquent à votre situation.

☐ Je vis actuellement dans l'itinérance et j'ai des antécédents d'itinérance ou d'instabilité résidentielle.

☐ J'ai des problèmes complexes de santé mentale, physique ou cognitive, ou des problèmes de toxicomanie.

☐ J'ai besoin de services de soutien parce que je ne reçois aucune aide adéquate de la part d'un organisme ou service gouvernemental.

☐ J'ai besoin de services de soutien continus pour demeurer dans mon logement et conserver mon autonomie au sein de la communauté.

Origine de la recommandation

Type de recommandation ☐ Initiative du client ☐ Recommandation d'un organisme	Nom de la personne qui a fait la recommandation (le cas échéant)	
Organisme qui a fait la recommandation (le cas échéant)	Téléphone de l'organisme	Courriel de l'organisme

Acceptez-vous que l'organisme qui vous a recommandé (le cas échéant) partage de l'information avec le Service d'action sociale? ☐ Oui ☐ Non

Renseignements personnels du demandeur

Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Identité de genre

Coordonnées (téléphone, courriel, adresse [le cas échéant] ou coordonnées d'une personne à joindre en cas d'urgence)

Le Service peut-il vous laisser un message à l'adresse indiquée ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Si vous n'avez pas de domicile fixe et s'il n'y a pas d'autre moyen de vous joindre, veuillez indiquer des endroits et des moments où nous aurions de bonnes chances de vous joindre : _____

_____

Le Service peut-il vous laisser un message à l'un des endroits indiqués ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Type de ménage : ☐ Personne seule ☐ En couple ☐ Famille avec enfants (nombre d'enfants) _____

Êtes-vous membre d'une Première nation du Yukon? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Si oui, de quelle Première nation? _____

Vous identifiez-vous comme un Autochtone du Canada? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Quelles sont vos sources de revenus? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Emploi à plein temps
☐ Emploi à temps partiel
☐ Aide sociale d'AINC
☐ Assurance-emploi
☐ Assistance sociale aux Premières nations du Yukon
☐ Pension (RPC/SV, RPC-Invalidité, YSIS, autre)
☐ Assistance sociale du gouvernement du Yukon
☐ Aide aux jeunes
☐ Je n'ai aucune source de revenus
☐ Autre, veuillez préciser : _____

*Le présent document a été rédigé sans distinction de genre.

Veuillez décrire votre situation de logement actuelle :

Au cours des 90 derniers jours, où avez-vous le plus souvent dormi? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ À l'extérieur ou dans un endroit qui n'est pas conçu pour être habité (entrée d'une banque, véhicule, tente, etc.)

☐ Refuge d'urgence

☐ Chez un ami ou un parent

☐ Hôpital, centre de traitement ou de désintoxication

☐ Établissement correctionnel, foyer de groupe ou logement de transition

☐ Hôtel

☐ Maison, copropriété, appartement ou maison mobile que vous louez (votre nom est écrit sur le bail de location)

☐ Autre, veuillez préciser : _____

Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- en situation d'itinérance pendant 6 mois ou plus? (c.-à-d. itinérance chronique) ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre
- en situation d'itinérance 3 fois ou plus? (c.-à-d. itinérance épisodique) ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Avez-vous actuellement des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, trouble bipolaire, psychose, etc.)? Veuillez expliquer :

Avez-vous actuellement une dépendance ou des problèmes de toxicomanie? Veuillez expliquer :

Avez-vous des problèmes de santé cognitive (difficulté d'apprentissage, TSAF, perte de mémoire, etc.)? Veuillez expliquer :

Êtes-vous suivi par un médecin ou une clinique? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, acceptez-vous que ce médecin ou cette clinique partage de l'information avec le Service d'action sociale?
☐ Oui ☐ Non

Vous a-t-on déjà diagnostiqué un trouble médical ou une maladie? Veuillez expliquer :

Prenez-vous actuellement des médicaments? Veuillez expliquer :

Avez-vous des allergies? Veuillez expliquer :

Avez-vous des problèmes médicaux chroniques ou urgents pour lesquels vous avez besoin d'assistance?
Veuillez expliquer :

Recevez-vous des services ou de l'aide d'autres personnes dans la collectivité? (il peut s'agir d'un professionnel des soins de santé, d'un travailleur social, d'un organisme communautaire, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, cochez toutes les cases qui s'appliquent :

☐ Service pour le mieux-être mental et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie

☐ Armée du Salut

☐ Soins de santé à domicile (ex. programme de soins de santé à domicile du gouvernement du Yukon ou des Premières nations)

☐ Services aux victimes

☐ Protection des adultes/Services aux personnes âgées

☐ Clinique de prise en charge sur recommandation

☐ Blood Ties Four Directions

☐ FASSY

☐ Victoria Faulkner's Women Centre

☐ Services aux adultes handicapés

☐ Autre : _____

Acceptez-vous que l'un ou l'autre des fournisseurs de services énumérés ci-dessus partage de l'information avec le Service d'action sociale? ☐ Oui ☐ Non

Quels types d'assistance souhaitez-vous obtenir du Service d'action sociale? Veuillez préciser :

Déclaration signée et consentement au partage de l'information

- Je fournis mes renseignements personnels aux fins 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 de services d'aide au logement peuvent s'échanger mes renseignements personnels dans le but de m'offrir les services qui répondent le mieux à mes besoins.
- Mes renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon. Mes renseignements personnels seront utilisés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales pour la gestion de cas. Tous les renseignements sont recueillis, utilisés et partagés dans les limites permises par la loi.
- Ce consentement demeure en vigueur pour un an à compter de la date de signature.
- Je comprends que l'on peut me demander de faire, dans le but de m'offrir des services adéquats, d'autres évaluations ou de fournir d'autres renseignements personnels.
- Je comprends que le Service d'action sociale prendra toutes les mesures nécessaires pour me contacter 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 peut être annulée.

_____ AAAA/MM/JJ _____
Signature du demandeur Date

_____ AAAA/MM/JJ _____
Signature du témoin Date

Retrait du consentement

Vous pouvez, en tout temps à compter de la date de la demande, retirer ou limiter votre consentement à l'une ou l'autre des conditions de collecte, d'utilisation et de divulgation (ou partage) de vos renseignements personnels. Si vous souhaitez retirer ou limiter votre consentement, veuillez communiquer avec un membre de l'équipe du Service d'action sociale, car cette décision pourrait avoir des répercussions sur notre capacité à vous fournir des services. Pour en savoir plus sur les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le yukon.ca/fr/protection-renseignements-médicaux ou contactez l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.

Veuillez envoyer le formulaire rempli au :

Service d'action sociale (H-4)
3168, 3e Avenue, Whitehorse (Yukon) Y1A 1G3

Ou par télécopieur au 867-393-6278

Imprimer Vider les champs