

Gestion de cas en milieu judiciaire FORMULAIRE DE DEMANDE

INFORMATION PERSONNEL

Nom: _____ Date de naissance: J/ M/ A/ _____

Adresse: _____
Rue Ville Code postal

N° téléphone: _____

Nom du mandataire spécial: _____

Adresse: _____
Rue Ville Code postal

Numéro de téléphone: _____

Situation de vie au moment de la demande

<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Foyer de groupe	<input type="checkbox"/> Hôpital
<input type="checkbox"/> Avec famille	<input type="checkbox"/> Auberge	<input type="checkbox"/> Sans-abrisme
<input type="checkbox"/> Hébergement supporté	<input type="checkbox"/> Établissement correctionnel	<input type="checkbox"/> Programme "Safe Bed"
Autre: _____		

INFORMATION DE LA DEMANDE

Source de la demande: _____ N° téléphone: _____

Adresse: _____
Rue Ville Code postal

Personne-ressource (autre que la source de la demande) _____ N° téléphone: _____

Services offerts : _____

SOURCE DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Agent communautaire	<input type="checkbox"/> Déjudiciarisation	<input type="checkbox"/> Système judiciaire
<input type="checkbox"/> SOPDI	<input type="checkbox"/> Famille/Ami (e)	<input type="checkbox"/> Hôpital
<input type="checkbox"/> Prison	<input type="checkbox"/> Réseau partenaire	<input type="checkbox"/> Renvoi policier
<input type="checkbox"/> Agent de probation et d'ordonnance	<input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Soi-même
<input type="checkbox"/> État de crise court terme programme "Support Bed"		
<input type="checkbox"/> Autre: _____		

RAISON POUR LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> À risque d'être sans-	<input type="checkbox"/> Problèmes de	<input type="checkbox"/> Status familiale à changer
--	---------------------------------------	---

abrisse	comportement	
<input type="checkbox"/> Sans-abrisse	<input type="checkbox"/> Manque de support communautaire	
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Préoccupation de la sécurité	<input type="checkbox"/> Problèmes légaux
<input type="checkbox"/> Autre		

BUT(S) ESPERE DE LA DEMANDE (soyez spécifique)

<input type="checkbox"/> Associé aux SOPDI
<input type="checkbox"/> Associé aux services d'hébergement
<input type="checkbox"/> Associé aux services sociaux

Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle a été contacté : Oui Non

Signature de la personne responsable pour la demande

Date

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur au : 905-685-7093

Programme de gestion de cas en milieu judiciaire

ou

par la poste au: **Programme de gestion de cas en milieu judiciaire**

3250 Schmon Parkway, Unit 10

Thorold, Ontario L2V 4Y6

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur au : 905-318-9343

Programme de gestion de cas en milieu judiciaire

ou

par la poste au: **Programme de gestion de cas en milieu judiciaire**

550 Fennell Avenue East, Unit 16 A

Hamilton, Ontario L8V 4S9