

Demande(s) subséquente(s)

Veillez noter que les formulaires de consentement sont valables pour une période de 6 mois. Veuillez assurer de remplir les formulaires de consentement ci-joints si votre demande initiale soumise dépasse 6 mois. Les demandes ultérieures seront considérées (sans une nouvelle demande) si la demande initiale a été soumise au cours des derniers 12-18 mois.

***Advenant un changement significatif dans la situation de l'enfant/jeune ou la famille, Accès coordonné réserve le droit de demander à n'importe qu'elle moment une nouvelle demande.**

- Formulaires de consentement - signés et initialés par le(s) parent(s)/tuteur(s) légal(aux), ou le jeune si âgé de 16 ans ou plus (Notez : Dans le cas d'une garde partagée, les deux tuteurs doivent compléter et signer le consentement) *Seulement si les consentements non valables
- Le guide d'information à l'intention des clients, des parents et des tuteurs a été remis et révisé avec le parent/tuteur
- Demande initiale a été soumise à l'Accès coordonné au cours des 12 derniers mois
- Une mise à jour/sommaire et demande complété(s) ci-dessous
- Les demandes financières incluent toutes les informations nécessaires. (c.-à-d. Nom du camp, dates, coûts, mesure financière explorée, etc.)
- Les demandes de répit incluent toutes les informations nécessaires (c.-à-d. Une estimation qui inclut; la durée, la date, le tarifs et quand commencera le répit)

SVP acheminer la demande par la poste, par télécopieur confidentiel ou par courriel crypté à :

Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa
2675, promenade Queensview
Ottawa (Ontario), K2B 8K2
(613) 729-0577 poste 1251
Télécopieur : (613) 288-0426
info@coordinatedaccess.ca

DEMANDE(S) SUBSÉQUENTE(S)

Date de la demande :	Demande préparé par :	
Agence/Organisation :	Poste :	
Téléphone : () - poste :	Courriel :	
Enfant/jeune :	Numéro de dossier :	D.D.N. :

SOMMAIRE

SVP complétez un sommaire qui inclut les éléments suivants :

- 1) Décrivez la situation actuelle ainsi que les besoins de l'enfant/jeune et de la famille.
- 2) Stratégies et interventions antérieures et résultats.

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES ET CLINIQUES

(Le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(aux) doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de 16 ans. Lorsque possible, les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).

Par la présente, je (nom, prénom des parents ou tuteur légal) _____, du

(adresse) _____, consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux membres de Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa des dossiers identifiés ci-dessous au sujet

de : (nom, prénom du client/e) _____, (DDN) _____.

OU,

(Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement.)

Je, (nom, prénom du client/e) _____, (DDN) _____ consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux membres de Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa des dossiers suivants :

Dossier scolaire Dossiers cliniques compilés par : _____
(veuillez nommer l'organisme, l'institution et/ou l'individu)

Description des informations divulguées en provenance des dossiers cliniques

Dossier médical Évaluation des besoins Dossiers psychiatriques/psychologiques
 Historique social Dossier scolaire Dossier comportemental
 Formulaire d'accueil Évaluation du risque Autre information pertinente, précisez :

Je comprends que ce consentement a aussi pour objet de recueillir des informations en vue d'une recherche visant à comprendre les facteurs impliquant les services en santé mentale et la clientèle. Les informations obtenues demeureront confidentielles en étant codées et, ainsi, les client(e)s, ne seront pas identifiés par leurs noms. Ce consentement permet de divulguer de l'information au sujet d'une clientèle non identifiée par son nom et pourra faire l'objet de recherche sur les services en santé mentale et la clientèle. Les noms des clients et des clientes et/ou des parents et/ou des tuteurs ne seront aucunement associés aux résultats des recherches.

NOTEZ :

1. Un client ou une cliente âgé(e) de 12 ans et plus, ayant participé à des sessions de counseling avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur peut, avec ou sans ce consentement, consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers de counseling.
2. Un client ou une cliente âgé(e) de 16 ans et plus peut, avec ou sans le consentement parental, ou celui de son tuteur consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers cliniques.
3. Un client ou une cliente âgé(e) de moins de 16 ans ne peut consentir à des services résidentiels et/ou traitements de jour sans le consentement parental ou celui de son tuteur.
4. Un client ou une cliente peut, avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur, consentir à faire partie du programme de jour, seulement s'il ou elle a atteint l'âge de 16 ans.

Cette autorisation de divulgation, de transmission ou d'examen des informations décrites ci-dessus m'a été pleinement expliquée. Je comprends et je suis en accord avec la divulgation.

(Signature du client(e), si applicable)

Date

(Signature du parent/tuteur)

Date

(Signature du témoin)

Date

AUTORISATION DE PARTICIPATION AU MÉCANISME DES SERVICES DE RÉFÉRENCE ET L'ACCÈS COORDONNÉ POUR ENFANTS D'OTTAWA

(Le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(aux) doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de 16 ans. Lorsque possible, les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).

Je, (nom, prénom du parent/tuteur légal) _____, consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa au nom de (nom, prénom du client/e) _____, (DDN) _____.

OU

(Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement.)

Je, (nom, prénom du client/e) _____, (DDN) _____ consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.

- ▶ Je comprends que toute information fournie aux Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa seront diffusés auprès de tous les membres du comité à moins d'indication contraire par le client.
- ▶ Je consens à la divulgation de mon historique de service et familiale par les agences suivantes dans le cadre de la présentation aux Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Veuillez indiquer ci-dessous si vous ne consentez pas à ce qu'une agence partage votre historique de service et familiale avec les membres du comité.
- ▶ Je comprends que ce consentement permettra l'élaboration de recommandations relativement à l'admission / aiguillage aux services de santé mentale, traitement de jour et soins résidentiels. Cependant, ces derniers ne sont utilisés qu'en « dernier recours ».

Je suis conscient(e) que les organismes suivants participent au mécanisme des Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa et je consens à leur participation.

Veuillez indiquer par un crochet si vous NE CONSENTEZ PAS à la participation d'une agence spécifique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Association pour l'intégration sociale d'Ottawa | <input type="checkbox"/> Ottawa Inuit Centre |
| <input type="checkbox"/> Centre Psychosocial | <input type="checkbox"/> Le foyer Rotary d'Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) | <input type="checkbox"/> Rideauwood Addiction and Family Services |
| <input type="checkbox"/> La société d'aide à l'enfance | <input type="checkbox"/> Centre Roberts/Smart |
| <input type="checkbox"/> CHEO | <input type="checkbox"/> La maison Roger Neilson |
| <input type="checkbox"/> Conseil des écoles catholiques du Centre-Est | <input type="checkbox"/> Service de santé Royal Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario | <input type="checkbox"/> Service Coordination des services |
| <input type="checkbox"/> Crossroads Children's Mental Health Centre | <input type="checkbox"/> Wabano Centre for Aboriginal Health |
| <input type="checkbox"/> Dave Smith Youth Treatment Centre | <input type="checkbox"/> Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Maison Fraternité | <input type="checkbox"/> Youturn Services d'appui à la jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Ministère de la Santé et des soins de longue durée | |
| <input type="checkbox"/> Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires | |
| <input type="checkbox"/> Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels | |
| <input type="checkbox"/> Association d'Ottawa-Carleton pour personnes ayant une déficience intellectuelle | |
| <input type="checkbox"/> Ottawa Catholic School Board | |
| <input type="checkbox"/> Ottawa Carleton District School Board | |
| <input type="checkbox"/> Autres agences impliquées auquel vous consentez à l'implication : (spécifiez) | |

(Signature du client(e), si applicable)

Date

(Signature du parent/tuteur)

Date

(Signature du témoin)

Date

MÉCANISME D'ACCÈS COORDONNÉ

- Je suis conscient (e) que si le comité recommande l'implication d'une agence participante au mécanisme des Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa, l'agence recevra une copie de la documentation fournie lors de la présentation, ainsi que les recommandations du comité.
- Je suis conscient (e) qu'une fois mon consentement donné, un dossier est ouvert dans le cadre de la présentation aux Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Les informations recueillies demeurent la propriété de cet organisme pendant dix ans suivant le dernier contact et seront archivées au Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- Je suis conscient (e) que ce dossier demeure confidentiel. Une copie des informations recueillies y sera versée, puis une version électronique sera inscrite dans la base de données confidentielle du Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- J'ai reçu le « Guide de renseignements pour client – parent/tuteur » qui comprend des informations au sujet de mes droits et responsabilités, des risques, bénéfices et processus d'appel relativement aux Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- J'ai été avisé(e) que j'ai le droit de rejeter les recommandations ou aiguillages vers des services faits par le comité des Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- Je comprends qu'il y a trois circonstances qui obligerait les Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa à faire rapport de ces informations sans mon consentement. Elles sont les suivantes :
 1. Si l'on avise le comité que quelqu'un prévoit blesser gravement une autre personne.
 2. Selon la loi, si le comité croit qu'un enfant de moins de 18 ans est à risque d'être blessé, il doit en faire rapport à la Société d'aide à l'enfance d'Ottawa.
 3. Si lors d'une cause entendue devant les tribunaux, le juge demande à voir l'information recueillie, Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa doit lui remettre le dossier afin qu'il décide si celle-ci est pertinente dans le cadre du procès.

Je consens à être contacté par les Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa en vue de donner mon opinion au sujet du niveau de satisfaction avec le processus et les services reçus. (S.V.P. remplir l'information qui suit).

Téléphone: () - Courriel: _____

J'ai lu le document et je suis d'accord avec son contenu. Je comprends l'information fournie et je connais mes droits et responsabilités.

(Signature du client(e), si applicable)

Date

(Signature du parent/tuteur)

Date

(Signature du témoin)

Date