

## Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa

### Liste de vérification du présentateur

---

#### Lorsqu'un professionnel fait une demande aux Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa, il doit :

- Réviser le formulaire de demande afin de s'assurer que tous les documents nécessaires soient complétés. La page couverture du formulaire explique lesquels sont requis et lesquels seraient utiles. **Le professionnel, et non les parents, est responsable de remplir la demande d'application.**
- S'assurer que les parents/tuteurs ont reçu le Guide du parent/tuteur, leur expliquant leurs droits et responsabilités.
- Expliquer le processus de présentation au parent/tuteur et les encourager à participer. Afin que les parents soient à l'aise, il est important de bien leur expliquer le déroulement de la présentation, les lieux, les personnes présentes, la durée ainsi que le processus de recommandation.
- S'assurer que les parents/tuteurs/enfants ont signé tous les formulaires de consentement y compris le formulaire de demande. (Notez : lors d'une garde partagée, les deux parents/tuteurs doivent compléter et signer les consentements) **Il faut assurer que les consentements soient pleinement expliqués avant d'être signés.**
- Préparer une présentation de quinze minutes qui fait un résumé de l'historique familial, des services antérieurs, des problèmes actuels ainsi que la demande faite au comité.
- Être prêt à répondre aux questions des membres du comité afin de leur permettre de mieux comprendre la situation qui leur est présentée.
- Informer le parent/tuteur des recommandations du Comité dans les cinq jours ouvrables suivant la présentation. Les recommandations seront acheminées au travailleur. Il en va de la responsabilité de ce dernier de faire parvenir celles-ci au parent/tuteur et de les accompagner dans l'implantation.
- Être présent à la présentation.

## Formulaire de demande Trouble de développement

---

**Veillez noter que, si les documents et consentements ne sont pas signés et initialés, la présentation ne sera pas ajoutée à l'horaire.**

- 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.)
- Le guide d'information à l'intention des clients, des parents et des tuteurs a été remis et révisé avec le parent/tuteur
- Demande d'application de Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa
- Plan de traitement, plan de sécurité, évaluation psychologique, évaluation en orthophonie, évaluation en ergothérapie / physiothérapie (s'il est disponible)
- Une ou plus des évaluations suivantes est nécessaire** : Historique social, travail social, CANS et/ou interRAI et/ou GAIN SS et/ou BASC (Le système d'évaluation du comportement des enfants)

**NOTEZ :**

*L'organisme/école faisant une demande de services a la responsabilité de présenter le dossier/le cas au Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Nous encourageons les responsables de la présentation d'être accompagnés par des gens qui connaissent bien l'enfant/jeune, par exemple : autre organisme, membres de la famille, médecins, spécialistes, psychiatres, etc.*

Une copie du dossier complet, accompagné de cette copie, doit être envoyée 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](mailto:info@coordinatedaccess.ca)*

## 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  |   |

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

### FORMULAIRE DE DEMANDE

<b>Organisme fournissant l'information</b>			
<b>Responsables de la présentation</b>			
<b>Nom</b>	<b>Rôle</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Courriel</b>
		( ) -	
		( ) -	
		( ) -	
<b>Service demandé</b>			

#### Informations concernant la famille et l'enfant/le jeune

<b>Nom de l'enfant/jeune</b>			
<b>Date de naissance</b>		<b>Âge :</b>	
<b>Nom du parent/tuteur</b>			
<b>Adresse</b>		<b>Code postal :</b>	
<b>Téléphone</b>	<b>Domicile</b>	( ) -	<b>Bureau</b> ( ) -
	<b>Courriel</b>		
<b>Nom du parent/tuteur</b>			
<b>Adresse</b>		<b>Code postal :</b>	
<b>Téléphone</b>	<b>Domicile</b>	( ) -	<b>Bureau</b> ( ) -
	<b>Courriel</b>		
<b>Fratric</b>	<b>Nom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>École</b>

#### Informations sur la santé

<b>Problèmes de santé/ Diagnostic</b>			
<b>Médecin de famille</b>		<b>Nom</b>	
		<b>Téléphone</b>	( ) -
<b>Spécialiste(s)</b>	<b>Nom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Téléphone</b>
			( ) -
			( ) -
			( ) -
<b>Médicaments</b>		<b>Prescrit par</b>	<b>Dernière mise à jour</b>

**Diagnostic**

<b>Diagnostiques</b>	<b>Professionnel ayant posé le diagnostic</b>	<b>Date (jj/mm/aa)</b>
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention		
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec hyperactivité		
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement		
<input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation		
<input type="checkbox"/> Trouble de communication		
<input type="checkbox"/> Dépression		
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux		
Spécifiez :		
<input type="checkbox"/> T.O.C. Trouble obsessionnel compulsif		
<input type="checkbox"/> Bipolarité		
<input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette		
<input type="checkbox"/> Trouble de conduite		
<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition		
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique; Spécifiez :		
<input type="checkbox"/> Autre; spécifiez :		

**Équipement de survie**

<b>Indiquer</b>	<b>Montant subventionné</b>	<b>Contribution parentale</b>
1.	\$	\$
2.	\$	\$
3.	\$	\$
4.	\$	\$
5.	\$	\$

**Autres équipements et matériaux de soutien**

<b>Besoins actuels</b>	<b>Besoins antérieurs</b>

**Service de soutien (ex. supports infirmiers)**

<b>Services présentement en place. Veuillez spécifier (p. ex. : infirmier autorisé, infirmier praticien)</b>	<b>Hrs/jour</b>	<b>Montant financé</b>	<b>Contribution parentale</b>
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

**Services de soutien et niveau de soutien/supervision requis**

<p><b>Services de soutien</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manque de soins infirmiers</p> <p>    <input type="checkbox"/> Manque de fonds</p> <p>    <input type="checkbox"/> Dû à la disponibilité du personnel enregistré</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de .... dû à la nature médicale des soins requis</p> <p>    <input type="checkbox"/> Répit à la maison</p> <p>    <input type="checkbox"/> D'appui de famille dans le soin du client</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de fonds pour l'équipement de support de la vie</p> <p><input type="checkbox"/> L'incapacité d'accéder des programmes subventionnés dus au manque de personnel qualifié pour soutenir les besoins médicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Spécifiez :</p>	<p><b>Soin infirmier</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nutrition parentérale totale</p> <p><input type="checkbox"/> Intraveineuse centrale</p> <p><input type="checkbox"/> Ligne de PIC</p> <p><input type="checkbox"/> Broviac</p> <p><input type="checkbox"/> Pompe d'insuline</p> <p><input type="checkbox"/> Injections (IM/SC)</p> <p><input type="checkbox"/> Administration de Paraldéhyde pour la gestion de convulsion</p> <p><input type="checkbox"/> Autre soin infirmier- précisez :</p>
<p><b>Nutrition</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrique par voie nasale</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrotomie / jéjunostomie</p>	<p><b>Soin de la peau</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Modéré/à haut risque pour dégénération de peau/ulcère</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion d'ulcère</p> <p><input type="checkbox"/> Soins Stoma</p>
<p><b>Évacuation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Cathétérisations</p> <p><input type="checkbox"/> Hémodialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Caecostomie</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysat péritonéal</p> <p><input type="checkbox"/> Commissurotomie mitrale</p> <p><input type="checkbox"/> Ostomie/iléostomie/urostomie</p>	<p><b>Respiratoire</b></p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à évacuer les sécrétions</p> <p><input type="checkbox"/> Physiothérapie de poitrine</p> <p><input type="checkbox"/> Recrutement du volume des poumons</p> <p><input type="checkbox"/> Soin de trachéostomie</p> <p><input type="checkbox"/> Oxygénothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration profonde</p> <p><input type="checkbox"/> VSPPC-VSPBi</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilation à domicile avec trachéostomie</p>
<p><b>Niveau d'aide/supervision requis</b></p> <p><b>Autosuffisance dans les soins</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> supervision/encouragement /surveillance      <input type="checkbox"/> soutien modéré      <input type="checkbox"/> soutien complet</p> <p><b>Mobilité</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> supervision/encouragement /surveillance      <input type="checkbox"/> soutien modéré      <input type="checkbox"/> soutien complet</p> <p><b>Fonctionnement social</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> supervision/encouragement /surveillance      <input type="checkbox"/> soutien modéré      <input type="checkbox"/> soutien complet</p> <p><b>Communication</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> supervision/encouragement /surveillance      <input type="checkbox"/> soutien modéré      <input type="checkbox"/> soutien complet</p> <p><b>Autre – précisez :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indépendant      <input type="checkbox"/> supervision/encouragement /surveillance      <input type="checkbox"/> soutien modéré      <input type="checkbox"/> soutien complet</p>	

**Information scolaire**

<b>Est-ce que l'enfant/le jeune fréquente actuellement l'école?</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Oui</b> <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Placement en classe régulière <input type="checkbox"/> Placement en classe adaptée Précisez : <input type="checkbox"/> Journée modifiée Date :      # heures par jr : <input type="checkbox"/> Enfant/jeune informellement suspendu # de jrs : <input type="checkbox"/> Program École sécuritaire <input type="checkbox"/> Plan de sécurité (SVP inclure) <input type="checkbox"/> Liste d'attente pour :	<p style="text-align: center;"><b>Non</b> <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> En procédure de renvoi      Date : <input type="checkbox"/> Exclu      Date : <input type="checkbox"/> Suspension      Date :  ** SVP inclure le document officiel
<b>École de l'élève :</b>	<b>Niveau :</b> <b>Nombre de crédits :</b>
<b>PEI :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>CIPR :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Conseils scolaires :</b> <input type="checkbox"/> Conseil des écoles catholiques du Centre-Est (CECCE) <input type="checkbox"/> Ottawa Carleton District School Board (OCDSB) <input type="checkbox"/> Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario (CEPEO) <input type="checkbox"/> Ottawa Catholic School Board (OCSB) <input type="checkbox"/> École privée <input type="checkbox"/> École à domicile <input type="checkbox"/> Post secondaire	<b>Historique d'absentéisme :</b> <input type="checkbox"/> Oui # de jours dans l'année scolaire courante :  <input type="checkbox"/> Non

**INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE**

Si votre organisation recueille déjà les informations démographiques ici-bas, s'il vous plaît imprimer, et inclure l'information avec la demande. Si vous ne recueillez pas les informations ici-bas, vous devez compléter ses informations sans fautes.

Information démographique	
<p><b>Sexe du client</b>  <i>Quel était votre sexe à la naissance?</i>  <input type="checkbox"/> Masculin      <input type="checkbox"/> Intersex  <input type="checkbox"/> Féminin      <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p> <p><b>Orientation sexuelle</b>  <i>Quelle est votre orientation sexuelle?</i>  <input type="checkbox"/> Asexuelle    <input type="checkbox"/> Gaie    <input type="checkbox"/> Lesbienne  <input type="checkbox"/> Bisexuelle    <input type="checkbox"/> Queer    <input type="checkbox"/> Hétérosexuelle  <input type="checkbox"/> Bi-Spirituelle    <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre  <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :</p> <p><b>Statut juridique au Canada:</b>  <input type="checkbox"/> Citoyen      <input type="checkbox"/> Résident temporaire  <input type="checkbox"/> Double citoyenneté    <input type="checkbox"/> Résident permanent  <input type="checkbox"/> Réfugié      <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre                  Date d'arrivée au Canada :  <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p>	<p><b>Identité sexuelle</b>  <i>Quelle est votre identité sexuelle actuelle?</i>  <input type="checkbox"/> Homme  <input type="checkbox"/> Femme  <input type="checkbox"/> Bi-spiritualité  <input type="checkbox"/> Asexué  <input type="checkbox"/> Fluidité de genre/non binaire (varie de jour en jour)  <input type="checkbox"/> Homme trans (née femme transition vers homme)  <input type="checkbox"/> Femme trans (né homme transition vers femme)  <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :  <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p> <p><b>Lieu d'origine</b>  <i>Où êtes-vous né?</i>  <input type="checkbox"/> Canada  <input type="checkbox"/> À l'extérieur du Canada                  Précisez le pays :</p>

**Information démographique**

**Condition de logement**

*Avec qui habitez-vous actuellement?*

- Avec un (des) parent(s)/tuteur(s)
- Avec un/des frère(s)/sœur(s), aucun parent/tuteur
- D'autres membres de la parenté
- Foyer de groupe
- Famille d'accueil
- Amis
- Autonome
- Autre (veuillez préciser) :
- Préfère ne pas répondre

**Tutelle légale du client**

*Qui est le tuteur légal du client?*

- Les deux parents  La mère seulement  Le père seulement
- Un membre de la parenté ou à l'extérieur de la parenté
- Société d'aide à l'enfance - Entente de soins temporaires
  - Préciser qui :
    - Société d'aide à l'enfance – Pupille de la couronne
    - Société d'aide à l'enfance – Société ou pupille temporaire
    - Société d'aide à l'enfance – Soins de garde intérimaires
    - Tuteur public  Indépendant-Jeune responsable pour lui-même
    - Autre (veuillez préciser) :
- Copie obtenue de la tutelle légale?*
- Oui  Non  S/O
- Non, mais formulaire de déclaration/tutelle signée

**Ethnicité**

*À quel groupe ethnique/culturel vous identifiez –vous (cochez tous ceux qui s'appliquent)*

- Nord-américain (Canadien, Américain, Mexicain)
- Autochtone
- Îles Britanniques (Anglais, Irlandais, Écossais, Gallois)
- Français (Acadien, Français)
- Europe de l'Ouest (Autrichien, Belge, Hollandais, Allemand, Suisse)
- Autre de l'Europe (juif)
- Europe du Nord (Danois, Finnois, Islandais, Norvégien, Suédois)
- Europe de l'Est (Tchèque, Hongrois, Latvien, Lithuanien, Polonais, Roumain, Russe, Slovaque, Ukrainien)
- Europe du Sud (Bulgare, Croate, Grec, Italien, Portugais, Serbe, Slovène, Espagnol)
- Caraïbes (Barbadien, Guyanien, Haïtien, Indo-caribéen, Jamaïcain, Trinidadien/Tobagan, Antillais)
- Latin, origines de l'Amérique du Sud centrale (Colombien, Mexicain, Péruvien, Salvadorien)
- Africain (Noir, Burundais, Congolais, Érythréen, Éthiopien, Ghanéen, Nigérien, Rwandais, Somalien, Africain du Sud)
- Asie de l'Ouest (Afghan, Arménien, Iranien, Israélien, Turquie)
- Asie du Sud (Bangladais, Indien d'Asie, Pakistanais, Punjabi, Sri Lankais, Tamil)
- Asie de l'Est/Sud-est (Cambodgien, Chinois, Filipino, Japonais, Coréen, Vietnamien)
- Océanie (Australien, Insulaire du Pacifique)
- Inconnu
- Préfère ne pas répondre
- Autre (veuillez préciser) :

**À quel groupe racial vous identifiez-vous (cochez tous ceux qui s'appliquent) :**

- Arabe  Noir  Chinois
- Philippin  Blanc  Japonais
- Coréen  Latino-Américain  Autochtone
- Asiatique occidental (Iranien, Afghan, etc.)
- Sud-Asiatique (Indien de l'est, Pakistanais, Sri Lankais etc.)
- Asiatique du Sud-Est (Vietnamien, Cambodgien, Malaisien, Laotien, etc.)
- Autre – (veuillez préciser)
- Préfère ne pas répondre

**Population autochtone**

*Veuillez indiquer le groupe culturel qui représente le mieux votre identité, ou une partie de votre identité :*

- Premières Nations – Communauté :
  - Cri  Mohawk  Ojibway
  - Mi'kmaq  Algonquin
  - Autre (veuillez préciser) :
- Métis – Communauté :
- Inuit – Communauté :
- Autre (veuillez préciser) :
- Préfère ne pas répondre  S/O

**Information démographique**

**Identité linguistique**

Quelle est votre langue maternelle?

- Anglais  Français  préfère ne pas répondre  
 Autre (veuillez préciser) :

Dans quelle langue préférez-vous recevoir les services?

- Anglais  Français  
 Autre (veuillez préciser) :

S'il y a un écart entre la langue maternelle, la langue d'éducation de l'enfant/du jeune et la langue privilégiée pour le service, demander pourquoi :

- Une perception que la qualité du service est différente  
 Une perception que les temps d'attente sont différents  
 Un membre de la famille unilingue  
 Autre (veuillez préciser) :

Êtes-vous à l'aise de discuter avec votre pourvoyeur de soin en anglais ou en français?

- Oui  Non  
 Non, mais accède à des ressources/soutiens pour assurer une traduction simultanée

Êtes-vous à l'aise de recevoir de l'information écrite en anglais ou en français ?

- Oui  Non  
 Non, mais accède à des ressources/soutiens pour assurer une traduction simultanée

**Seuil de revenu**

Quel a été votre revenu familial total l'année dernière?

- 0\$ - 29 999\$  120 000\$ - 149 999\$  
 30 000\$ - 59 999\$  150 000\$ ou plus  
 60 000\$ - 89 999\$  Préfère ne pas répondre  
 90 000\$ - 119 999\$  Inconnu

Ce revenu soutient combien de personnes?

**Langue**

Quelle langue est parlée à la maison ?

Enfant/Jeune	Pourvoyeur de soins 1	Pourvoyeur de soins 2
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Anglais
<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Français
<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Arabe
<input type="checkbox"/> Cantonnais	<input type="checkbox"/> Cantonnais	<input type="checkbox"/> Cantonnais
<input type="checkbox"/> Chinois, n.o.s.	<input type="checkbox"/> Chinois, n.o.s.	<input type="checkbox"/> Chinois, n.o.s.
<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Allemand
<input type="checkbox"/> Langues autochtones	<input type="checkbox"/> Langues autochtones	<input type="checkbox"/> Langues autochtones
<input type="checkbox"/> Mandarin	<input type="checkbox"/> Mandarin	<input type="checkbox"/> Mandarin
<input type="checkbox"/> Perse (Farsi)	<input type="checkbox"/> Perse (Farsi)	<input type="checkbox"/> Perse (Farsi)
<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Portugais	<input type="checkbox"/> Portugais
<input type="checkbox"/> Somali	<input type="checkbox"/> Somali	<input type="checkbox"/> Somali
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Espagnol
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Italien
<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Autre:

**Accessibilité**

Vous identifiez-vous comme étant une personne avec une ou plusieurs incapacités?

- Oui  Non  Préfère ne pas répondre

Si oui, veuillez cocher les cases qui s'appliquent:

- Vue  Ouïe  Mobilité  Douleur  
 Flexibilité  Dextérité  Développemental  
 Apprentissage  Mémoire  Mental/ psychologique  
 Accoutumance aux drogues et alcool  
 Aucun de ces choix (veuillez préciser) :

**Sources de revenus**

- Travail à temps plein  Travail à temps partiel  
 Faible revenu  Ontario au travail  
 Prestations d'assurance-emploi  Contrat ou saisonnier  
 Programme Ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)  
 Régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario (RAFEO)  
 Commission de la Sécurité Professionnelle et de l'Assurance contre les Accidents du Travail (CSPAAT)  
 Autre :  
 Préfère ne pas répondre  Ne sais pas

**PRINCIPAUX PROBLÈMES PRÉSENTEMENT MANIFESTÉS**

*Cocher toutes les réponses appropriées*

<p><b>École et apprentissage</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manque de soutien</p> <p><input type="checkbox"/> Phobie scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Sous rendement scolaire</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage général</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage spécifique</p> <p><input type="checkbox"/> Problème de transport</p> <p><input type="checkbox"/> Autre-Spécifier :</p>	<p><b>Victime/témoïn d'agression</b></p> <p><input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence affective</p> <p><input type="checkbox"/> Abus rapporté à :</p> <p>par :</p> <p><input type="checkbox"/> Intimidation/taxage rapporté à :</p> <p>par :</p> <p><input type="checkbox"/> Témoïn de violence</p> <p><input type="checkbox"/> Négligence</p> <p><input type="checkbox"/> Exploitation</p>
<p><b>Comportements perturbateurs</b></p> <p><input type="checkbox"/> Comportement perturbateur/difficile</p> <p><input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Communauté <input type="checkbox"/> Maison</p> <p><input type="checkbox"/> Fugue</p> <p><input type="checkbox"/> Pyromanie</p> <p><input type="checkbox"/> Vol</p> <p><input type="checkbox"/> Vandalisme</p> <p><input type="checkbox"/> Actes à caractère sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> Abus de substances</p> <p><input type="checkbox"/> Défie l'autorité</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes avec le contrôle de soi</p> <p><input type="checkbox"/> Intimidation</p> <p><input type="checkbox"/> Hostilité avec agressivité</p> <p><input type="checkbox"/> Hostilité sans agressivité</p>	<p><b>Troubles de la pensée, de la perception et de l'humeur</b></p> <p><input type="checkbox"/> Perturbation du processus de la pensée</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> Excitation continuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Automutilation</p> <p><input type="checkbox"/> Changements brusques d'humeur</p> <p><input type="checkbox"/> Pensées suicidaires</p> <p><input type="checkbox"/> Comportements suicidaires</p> <p><input type="checkbox"/> Dépression</p> <p><b>Troubles intellectuels/d'adaptation/fonctionnel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Manque d'autonomie fonctionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Retard de développement</p>
<p><b>Troubles physiques/sensoriels</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dommage neurologique sévère</p> <p><input type="checkbox"/> Énurésie</p> <p><input type="checkbox"/> Encoprésie</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience ou trouble sensoriel</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble psychophysiologique</p> <p><input type="checkbox"/> Handicap physique</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilité réduite</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacité visuelle/auditive</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de communication</p> <p><input type="checkbox"/> Autre - Préciser :</p>	<p><b>Problèmes de socialisation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Peu d'amis parmi ses pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Peu de relations avec les adultes</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p> <p><input type="checkbox"/> Vulnérabilité/Comportements à risques</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté avec la communication sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Informations additionnelles :</p> <p><b>Problématiques/préoccupations/ dynamiques familiales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Manque de soutien à la famille pour fournir soins</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacité à répondre aux besoins de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Conflit/détresse familiale</p> <p><input type="checkbox"/> Conflit parent/enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Séparation de la famille</p> <p><input type="checkbox"/> Parentage inconséquent</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance (toxicomanie ou cyberdépendance)</p> <p><input type="checkbox"/> Problématiques de santé physique ou mentale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre - Spécifier :</p>

**SERVICES RECUS** (Choisir ceux qui s'appliquent. Veuillez indiquer le résultat des services dans le sommaire)

Organismes	Programmes	Actuel	Antérieur	Date	Complété
Services en toxicomanie	Centre David Smith	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Rideauwood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Maison Fraternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Sandy Hill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Association pour l'intégration sociale d'Ottawa	Répit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Centre Psychosocial	Camp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa	Foyer de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Foyer modèle parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Adoption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Soins intrafamiliaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)	Préposé aux services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CHEO	Psychiatrie/soins internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Soins externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Double diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Service médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Travail social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Développement et réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Crossroads Children's Mental Health Centre	Camp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Support à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme 6 ans et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wraparound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
L'Association d'Ottawa-Carleton pour personnes ayant une déficience intellectuelle	Lavonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Family Home	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Le club Rotary d'Ottawa	Répit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Centre Roberts/Smart	Traitement en milieu fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services résidentiels (CFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Sensibilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				

Organismes	Programmes	Actuel	Antérieur	Date	Complété
La maison Roger Neilson	Répit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Services de santé Royal Ottawa	Services externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme d'hospitalisation partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Coordination des services	Planification coordonnée des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Gestion de cas pour enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa	Services pour jeunes contrevenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Counseling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programmes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Équipe mobile de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Wraparound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Intervention d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Youturn Services d'appui à la jeunesse	L'Équipe de soutien communautaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Programme de soutien et de supervision intensif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Su'a Coche et Programme de soutien aux familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Intervenants auprès des jeunes en transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Prochain épisode – Programme anti-traite de personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Autre (spécifiez) :				
Identifiez les services aux étudiants ou les services de soutien professionnel accessibles en milieu scolaire :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**SOMMAIRE****SVP compléter 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.

**DEMANDE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)**

Pour les demandes de fonds ou des services nécessitant un financement, veuillez préciser (*les services actuels, les supports/interventions reçus, financement et ressources disponibles, demande de fond antérieur, résultat recherché, objectif, plans pour rencontrer les besoins actuels ou futurs, etc.*).

*Veuillez prendre connaissance des informations concernant les services de répit, camps et organisations.*

<b>Informations requises pour les camps et activités</b>	<b>Informations requises pour le service de répit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nom du camp, les dates et le coût.</li> <li>✓ Veuillez noter que les fonds sont payables aux camps, organisations ou pourvoyeurs de service.</li> <li>✓ Les chèques ne sont pas envoyés directement aux camps ou aux organisations, ils seront maintenus au Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.</li> <li>✓ L'Accès coordonné requiert les reçus originaux.</li> <li>✓ Les chèques seront traités entre 7-10 jours ouvrables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La date, la durée et le prix doivent être inclus dans l'estimation.</li> <li>✓ Les paiements seront faits directement aux agences ou aux organisations.</li> <li>✓ Si le parent/tuteur désire embaucher un service d'un pourvoyeur de service privé, il/elle doit remplir une facture et celle-ci doit être signée par le pourvoyeur. Le parent/tuteur doit envoyer la facture à l'Accès coordonné pour obtenir son remboursement.</li> <li>✓ Les factures peuvent être acheminées d'une façon hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle.</li> <li>✓ Les chèques seront traités entre 7-10 jours ouvrables.</li> </ul>

\_\_\_\_\_  
(Signature du client(e), si applicable)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(Signature du témoin)

\_\_\_\_\_  
Date