

**Le comité d'admission se réserve le droit de retourner toute demande incomplète.**

### APPLICATION RÉSIDENTIELLE

#### INFORMATION

Date de la référence:	Travailleur référant:	Téléphone:
Adresse:		Courriel:

#### INFORMATION PERSONNELLE

Nom du/de la candidat(e):	Age:	Date de naissance:	Numéro Assur. Maladie:
Adresse:	État civil:	Sexe: Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Téléphone:	Langue de préférence: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Soutien Financier du client: Carte Bénéfices Médicale: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

#### MÉDICAL

Diagnostique Psychiatrique:	Psychiatre: Clinicien:
Allergies:	Médecin de famille:
Conditions médicales:	Dentiste:
Handicaps physiques:	Médicaments:

#### INFORMATION ADDITIONNELLE

Expérience de travail:
Activités, loisir:

#### PARENT OU GARDIEN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom:	Téléphone:
Relation:	Courriel:
Adresse:	
Personne ayant une procuration:	Téléphone: Courriel:
Other:	Téléphone: Courriel:

## INFORMATION FAMILIALE

Nom de conjoint:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	
Nom du père:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	
Nom de la mère:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	

## ENFANT(S)

Nom:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	
Nom:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	
Nom:	Téléphone: Courriel:
Adresse:	

## ÉVALUATION DU NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

1. FONCTIONNEMENT PHYSIQUE	ABILITÉS ACQUISES	COMMENTAIRES
Fumeur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Peut se vêtir adéquatement sans supervision	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Fait sa toilette	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Bonne habitude alimentaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Bonne hygiène	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Aide à l'entretien ménager	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Peut préparer des repas simples	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Se déplace seule en communauté	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Habitude de sommeil régulière	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Sait se tenir à table	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Activité physique régulier	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

<b>1. FONCTIONNEMENT ÉMOTIONNEL</b>	<b>ABILITÉS ACQUISES</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
Humeur stable	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Socialise avec les autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Garde contact avec sa famille	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Maîtrise son agressivité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
S'entend bien avec les autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Aime faire des sorties	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Respects l'autorité et les règlements	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Fait part de ses problèmes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Période psychotique régulière	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
A un historique de tentative de suicide/pensées suicidaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

<b>1. FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL</b>	<b>ABILITÉS ACQUISES</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
Habiliter à faire des décisions	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Utilise les services publics adéquatement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Prend ses médicaments seul	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Suit les directives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Administre son argent	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Fait ses propres rendez-vous	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Peut lire et écrire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### **TYPE DE SERVICE DEMANDÉ**

Séjour illimitée (24 hrs Support) <input type="checkbox"/>	Transition House (2 years Max) <input type="checkbox"/>
Appartement subventionner (Appartement partagé) <input type="checkbox"/>	
Appartement seul (ACA) <input type="checkbox"/>	

Raison pour référer:

Placement antécédent:	Date:	Raison:	Raison du départ:

Besoin spéciaux:	Mobilité:	Diète:
Admissions aux soins psychiatriques:	Nombre d'admissions:	Durée du/des séjour(s):
Est-ce que le/la candidat(e) a des problèmes avec des drogues non-prescrites?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez spécifier:
Est-ce qu le/la candidat(e) a des problèmes avec l'alcool?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez spécifier:
Le client utilise t'il les services de d'autre agences?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, type de service: Personne à contacter: Téléphone: Courriel:
S.V.P. décrire la relation entre le client et sa famille:		
Information additionnelle (exigence en supervision peurs/fixations):		
Est-ce que le/la candidat(e) est stable? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> , expliquer:		
Signes précurseurs de décompensation:		

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable de la référence

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la candidat(e)

\_\_\_\_\_  
Date

## ASSURANCE DE COOPÉRATION

EST-CE QUE VOUS OU VOTRE AGENCE ACCEPTEZ DE MAINTENIR LE SERVICE DE TRAITEMENT DU/DE LA CANDIDAT(E) ET D'OFFRIR UN SERVICE DE CONSULTATION AU PERSONNEL DE A.R.A. INC. AU BESOIN?

OUI       NON

SI NON, INDIQUEZ LA RAISON

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date

N.B.

Toute personne référer aux différents services offert par A.R.A. Inc., doit être servie par un/e gestionnaire de cas ou un/e infirmier/e sur une base régulière.

Le/la gestionnaire de cas et/ou l'infirmier/e assigné doit être disponible pour rencontrer les employés de A.R.A. Inc. selon le besoin du résident.

Les exceptions à cette règle seront évaluées par le comité d'admission.