

Une fois rempli, veuillez envoyer ce formulaire par courriel à CISS.Intake@york.ca ou par télécopie au 905-830-5023. Veuillez contacter le représentant de l'accueil au 1-877-464-9675, poste. 73433 si vous avez des questions

SECTION 1 - INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de la personne qui remplit le formulaire :

Date d'orientation (jj/mm/aaaa) :

Source d'orientation : Autonome Membre de la famille Aide-soignant Housing York Inc. Unité Housing Access

Programme de supplément au loyer Agence/Autre (veuillez préciser) :

Courriel du contact d'orientation : Téléphone du contact d'orientation :

Service/programme auquel l'orientation est effectuée : Services d'intervention et de soutien aux clients (SISC)
 Services d'aide aux familles
 Assistant social des services d'aide au logement

SECTION 2 - INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME PARTENARIATS COMMUNAUTAIRES ET SERVICES DE SOUTIEN

Nom du programme	Description	Ménage
Services d'intervention et de soutien aux clients (SISC)	Le programme de Services d'intervention et de soutien aux clients (SISC) de la région de York peut aider les personnes âgées à retarder ou à éviter le placement dans un établissement de soins de longue durée en fournissant des évaluations à domicile, une gestion de cas, des conseils, des orientations, une psycho-éducation et un soutien pour défendre les besoins d'un client	Les ménages doivent : <ul style="list-style-type: none"> • Vivre dans la région de York • Ne pas vivre dans un centre de soins de longue durée • Être composé de personnes de 60 ans ou plus • Consentir au service
Travailleur d'aide à la famille (TAF)	Fournit aux ménages une formation à la culture financière, les aide à naviguer dans le système des prestations de revenu, leur propose une évaluation financière et une éducation	Les ménages doivent : <ul style="list-style-type: none"> • Vivre dans la région de York • Ne pas bénéficier du programme Ontario au travail • Avoir des préoccupations d'ordre financier ou de navigation dans les programmes • Consentir au service
Services d'aide au logement (SAL)	Les ménages bénéficient de l'aide d'un travailleur social qui procède à des évaluations psychosociales, à la gestion des dossiers, à des conseils de soutien, à des orientations et à la défense des intérêts lors de la gestion des situations, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé mentale • Dynamique familiale complexe • Conflit entre locataires • Navigation dans le système • Prévention des expulsions • Accaparement, désordre, entretien ménager 	Les ménages doivent : <ul style="list-style-type: none"> • Résider dans un immeuble de Housing York Inc • Consentir aux services et participer aux plans de services

SECTION 2 - CONSENTEMENT

Afin de vous aider à conserver un logement stable, la municipalité régionale de York (la « région ») vous demande votre consentement pour recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels contenus dans ce formulaire et ses pièces jointes (ensemble, les « renseignements ») avec des représentants Département des services communautaires et de santé de la région. Le partage signifie que nous divulguerons vos informations aux représentants du Département des services communautaires et de santé, et recueillerons et utiliserons vos informations auprès de ces représentants.

Nous ne recueillerons, n'utiliserons et ne partagerons vos informations qu'avec les représentants du Département des services communautaires et de santé de la région afin de déterminer votre admissibilité aux services et d'aider à la planification et à la navigation des services en ce qui concerne les services de soutien ou les programmes suivants :

- Services d'intervention et de soutien aux clients (SISC)
- Services d'aide aux familles (SAF)
- Travailleur social/services d'aide au logement

Étant donné que la région doit partager vos informations avec le Département des services communautaires et de santé pour déterminer votre admissibilité aux services, nous ne pourrions pas traiter votre demande sans votre consentement au partage de vos informations.

Nous conserverons vos informations dans une base de données sécurisée et pourrions utiliser des moyens de communication électroniques, tels que le courriel ou la télécopie, pour communiquer vos informations aux représentants du Département des services communautaires et de santé de la région. La sécurité des communications électroniques n'est pas garantie. Parmi les risques pour la vie privée, on peut citer l'interception des messages par d'autres personnes au cours de leur transmission et l'envoi accidentel de messages à une mauvaise adresse courriel ou à un mauvais numéro de télécopie. En donnant ce consentement, vous acceptez les risques liés à la communication électronique et vous consentez à ce que l'on vous envoie des messages électroniques. La région communique vos informations à des représentants de son Département des services communautaires et de santé par voie électronique.

Nous ne partagerons pas vos informations sans votre consentement, sauf si la loi l'exige. Par exemple, si nous devons vous adresser à une autre agence, nous vous demanderons votre consentement pour partager des informations avec cette agence.

En donnant votre consentement, vous acceptez et comprenez que :

- La décision de donner ou de refuser son consentement est totalement volontaire ;
- Vous pouvez modifier vos préférences en matière de partage d'informations ou retirer ce consentement à tout moment en le notifiant à la Région ;
- Ce consentement reste valable tant que vous recevez des services de la Région, à moins que vous ne le retirez en le notifiant à la Région ;
- Si vous retirez votre consentement, cela n'aura pas d'incidence sur les informations déjà partagées avec votre consentement ;
- Vous avez eu l'occasion de poser des questions à un représentant de la Région, et vous avez reçu une réponse.

Consentez-vous à la collecte, à l'utilisation et au partage des informations vous concernant, telles qu'elles figurent dans le présent formulaire et ses pièces jointes, entre les représentants du Département des services communautaires et de santé de la région, dans le but d'évaluer votre admissibilité aux services et d'aider à la planification des services et à la navigation en ce qui concerne les services de soutien ou les programmes identifiés ci-dessus ?

Le consentement du client est fourni : Oui Non

Type de consentement fourni : Écrit Verbal Consentement fourni par :

Lien avec le client : Date du consentement (jj/mm/aaaa) :

Nom de la personne qui donne son consentement :

SECTION 3 - INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du client :

Alias : Date de naissance :

Le client identifie son genre comme :

Homme Femme Non binaire Préfère ne pas

divulguer Autre, veuillez préciser :

État civil : Célibataire Marié(e) Séparé(e) ou divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse actuelle : Ville :

Numéro de téléphone principal : Pouvons-nous laisser un message ? Oui Non

Autre numéro de téléphone : Pouvons-nous laisser un message ? Oui Non

Adresse courriel : Consentement à l'envoi de courriels Oui Non

Langue parlée : Un interprète est-il nécessaire ? Oui Non

Informations sur le revenu (sélectionnez toutes les réponses applicables) : Emploi Ontario au travail POSPH RPC

SRG SV Autre (veuillez préciser) :

Nom du contact alternatif :

Courriel du contact alternatif :

Téléphone du contact alternatif : Pouvons-nous laisser un message au contact alternatif ? Oui Non

Méthode préférée pour le contact alternatif : Téléphone Courriel

Pouvons-nous discuter de l'orientation avec le contact alternatif ? Oui Non

Lien avec le client :

Contact principal pour les services Aide-soignant Contact d'urgence Traducteur

Mandataire spécial Procuration Autre

SECTION 4 - MOTIF DE L'ORIENTATION

- Planification des soins avancés/Planification de l'avenir
- Défense des intérêts/Navigation dans le système
- Intervention en cas de crise/problèmes de santé mentale
- Dynamique familiale complexe
- Conflit
- Prévention des expulsions
- Questions financières/amélioration financière
- Accaparement/Désordre/Entretien ménager

Informations supplémentaires

- Problèmes de santé et changements (physiques, psychologiques, émotionnels, neurologiques)
- Maltraitance des personnes âgées
- Je n'ai jamais vécu avec l'agresseur.
- Autre (veuillez expliquer) :

SECTION 5 - INFORMATIONS SUR LES SERVICES/PROGRAMMES

Le client bénéficie-t-il d'un soutien supplémentaire de la part d'autres programmes ou services ? Oui No
Si oui, veuillez énumérer les programmes ou services. Veuillez indiquer le nom de l'agence et ses coordonnées :

Le client a-t-il déjà un gestionnaire de cas ? Oui No

Dans l'affirmative, veuillez indiquer les coordonnées du gestionnaire de cas, y compris le nom de son agence :

Les besoins du client dépassent-ils le niveau de soutien reçu de ces programmes et services ? Oui No

Informations supplémentaires

Nom de la personne qui remplit le

Date

EFFACER

IMPRIMER

SOUMETTRE

Pour envoyer cette demande aux Partenariats communautaires et Services de soutien, cliquez sur le bouton « Soumettre ».

SECTION 6 - ÉVALUATION FONCTIONNELLE

À REMPLIR UNIQUEMENT POUR L'ADMISSION AU PROGRAMME D'ACCUEIL AUX SERVICES D'INTERVENTION ET DE SOUTIEN AUX CLIENTS

1. État de santé

Le client s'est-il rendu aux urgences au cours de l'année écoulée ? Oui Non

Si oui, combien de fois ? Raison :

Le client a-t-il été admis à l'hôpital au cours de l'année écoulée ? Oui Non

Si oui, combien de fois ? Raison :

Le client a-t-il récemment fait des chutes ? Oui Non

Si oui, combien de fois ? Raison :

2. Aide sociale

Le client est-il socialement actif ? Par exemple, avec la famille, les amis, la communauté religieuse ou les clubs philanthropiques ? Oui Non

Si oui, veuillez décrire :

3. Indépendance fonctionnelle (activités de la vie quotidienne) :

Le client a-t-il besoin d'aide pour l'un des points suivants ?

Bain	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Toilette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Habillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Soins des pieds	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Alimentation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Mobilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

Si oui, indiquez les aides utilisées :

4. Autonomie instrumentale (IADL) :

Le client a-t-il besoin d'aide pour l'un des points suivants ?

Préparation des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Entretien ménager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Buanderie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Transport	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Gestion de l'argent/ Finances	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Médicaments Gestion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

5. Considérations environnementales

Peu sûr Conditions de vie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Accaparement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Animaux de compagnie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Punaises de lit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Fumeurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

6. Aide supplémentaire :

Le client a-t-il besoin d'aide pour d'autres tâches (par exemple, faire des courses, se rendre chez le médecin, prendre des rendez-vous, etc.) Oui Non (Si oui, veuillez fournir une description) :

SECTION 6 - ÉVALUATION FONCTIONNELLE SUITE.

À REMPLIR UNIQUEMENT POUR L'ADMISSION AU PROGRAMME D'ACCUEIL AUX SERVICES D'INTERVENTION ET DE SOUTIEN AUX CLIENTS

7. Problèmes de santé

Le client présente-t-il l'un des problèmes de santé suivants ?

Arthrite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Hypertension			
Problèmes de mémoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Sous oxygène	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie du rein	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Maladies pulmonaires/ Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Santé Mentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Emphysème/ BPCO	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	(Si oui, veuillez préciser) : <input type="text"/>			
				Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

Autre :

Le client prend-il des médicaments pour les affections susmentionnées ? Oui Non

8. Le client présente-t-il l'une des déficiences suivantes ?

Visuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	Parole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Auditive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu				

Commentaires :

9. Coordonnées du médecin de famille

Nom du médecin de famille :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopie :

Inconnu Non disponible

10. Informations sur le psychiatre (le cas échéant)

Nom du psychiatre :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopie :

Inconnu Non disponible

Nom de la personne chargée de l'évaluation : Date :

Veillez joindre toute information supplémentaire susceptible d'aider à la planification du traitement clinique et à la navigation dans les services

Pour envoyer cette demande de référence aux Partenariats communautaires et Services de soutien, cliquez sur le bouton « Soumettre » au bas du formulaire.