

Formulaire d'auto-référence
Programme de soutien aux
locataires

Date de référence _____

Locataire(s)
 demandant un
 service

		Date de naissance JJ/MM/AAAA	Genre M/F/Autre
Nom(s)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Adresse	_____		
Téléphone	_____		
Courriel	_____		
Langue principale utilisée à la maison	_____		
Langue préférée pour les services	_____		
Nom de mon/notre fournisseur de logement social/propriétaire	_____		

Raison de la
 référence

(cocher tout ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/> Plaidoirie	<input type="checkbox"/> Soucis de santé mentale
<input type="checkbox"/> Évaluation pour les soutiens	<input type="checkbox"/> Hygiène personnelle
<input type="checkbox"/> Aide pour des formulaires	<input type="checkbox"/> Problèmes de vermines
<input type="checkbox"/> Soucis de drogue ou d'alcool	<input type="checkbox"/> Soucis de sécurité et d'abus
<input type="checkbox"/> Soutien aux soins de santé	<input type="checkbox"/> Implication sociale
<input type="checkbox"/> Thésaurisation	<input type="checkbox"/> Soutien aux activités quotidiennes
<input type="checkbox"/> Alphabétisation / Traduction	<input type="checkbox"/> Plaintes des locataires
<input type="checkbox"/> Autre (décrire)	_____

Autres Agences
 impliquées:

Autres
 informations
 importantes

Expliquez

Problèmes d'accessibilité _____

Préoccupations de
sécurité pour le
travailleur ou le locataire _____

Consentement

Je/Nous _____
(inscrire le nom complet de la personne ou du représentant autorisé/décideur substitut)
 consens à ce que le *Lutheran Community Care Center de Thunder Bay* recueille et utilise l'information
 contenue dans ce formulaire pour me contacter et s'engager dans une relation de soutien mutuellement
 acceptable.

Je comprends le but de la collecte et de l'utilisation de mes renseignements personnels.

Je comprends que je peux refuser de signer ce consentement et que la non-signature empêche le renvoi d'aller de l'avant.

Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____
Date	Signature	Nom du témoin	Signature du témoin
_____	_____	_____	_____