

**Formulaire de demande
d'évaluation pour l'hébergement**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

No. Cellulaire : _____

Courriel : _____

Occupation : _____

Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent ? oui non

INFORMATIONS

Source de revenus : _____

Si aide sociale*, no dossier : _____

****Prescription médicale requise

Coordonnées des professionnels

	Nom	Téléphone ou courriel
Psychiatre		
Médecin		
T.S ou autre		

INFORMATIONS LA SITUATION ACTUELLE

Situation actuelle (expliquez les difficultés vécues présentement) :

Historique psychiatrique

Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie : Oui Non

Si oui : quand ?

Motif d'hospitalisation en psychiatrie :

Avez-vous un diagnostic en santé mentale ? Lequel
(Ou lesquels)

Avez-vous déjà eu une dépendance aux drogues et/ou à l'alcool : Oui Non

Si oui, quelle substance :
(ou quelles)

Consommez-vous présentement ? Oui Non

Si oui, quelle substance et à quelle fréquence :

Quelles sont vos attentes envers le programme de l'Amarrage :

Signature du candidat : _____ **Date :**

Signature de l'intervenant : _____ **Date :**

Organisme :

Numéro de téléphone :

En envoyant le formulaire, je consens à transmettre des informations personnelles à l'organisme l'Amarrage et je confirme avoir lu **la politique de confidentialité**.