



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

A À propos de ce formulaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Ce formulaire vous permet de demander des services de soutien individuel (comme une gestion de cas intensive ou un traitement communautaire assisté), un logement de soutien, ou les deux. • Ce formulaire est conçu pour aider The Access Point à trouver un logement ou des services de soutien qui correspondent le mieux aux renseignements fournis; plus vous répondez précisément, meilleure sera la correspondance. Si vous omettez de fournir un renseignement ou qu'il est inexact, le processus d'évaluation pourra s'en trouver ralenti. • Les demandeurs de logement de soutien doivent être disposés à accepter un certain soutien d'un prestataire de logement. Veuillez lire la section Déclaration et consentement du formulaire de demande; vous devez donner votre consentement pour que la demande soit traitée. • La confidentialité des renseignements que vous fournissez sera assurée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS). • Les services assurés par les partenaires de The Access Point sont bénévoles. 	
B Services de soutien individuel (Cochez tous les programmes dont vous aimeriez bénéficier)	
<input type="checkbox"/> GESTION DE CAS INTENSIVE	
<p>Description Soutien personnalisé pour évoluer dans la collectivité et être jumelé aux services appropriés par le gestionnaire de cas</p>	<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé mentale qui affectent gravement votre vie • Être âgé d'au moins 16 ans • Vivre dans la ville de Toronto lors de l'obtention des services
<input type="checkbox"/> ÉQUIPES DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ (ÉTCA)	
<p>Description Les équipes multidisciplinaires assurent le traitement, la réadaptation et le soutien de personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale pendant leur rémission</p>	<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic précis avec priorité aux personnes qui éprouvent des psychoses • Historique d'hospitalisations — il est recommandé d'avoir les dossiers d'hospitalisation en soutien • La source de la référence doit donner une explication détaillée dans la rubrique « Motif de la référence » quant à la raison pour laquelle le demandeur a besoin des services des ÉTCA particulièrement • Être âgé d'au moins 16 ans • Vivre dans la ville de Toronto lors de l'obtention des services



C Logement de soutien (Cochez tous les programmes dont vous aimeriez bénéficier)	
×	PROGRAMME DE LOGEMENT DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE
<p>Description Logement de soutien pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, y compris les dépendances. The Access Point permet d'établir la communication avec des programmes de logement de soutien comprenant différents niveaux de soutien et comprend des logements partagés, comme des foyers de groupe, des pensions et des maisons de chambres, ainsi que des logements indépendants.</p>	<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être âgé d'au moins 16 ans • Éprouver des problèmes de santé mentale ou de santé mentale et de toxicomanie • Se qualifier à une subvention de logement selon les critères établis par le Ministère de la Santé • Doit être disposé à accepter un certain soutien d'un prestataire de logement.
×	PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE PROBLÉMATIQUE
<p>Description Hébergement de soutien pour des personnes à la toxicomanie problématique. The Access Point facilite le jumelage avec des hébergements indépendants à faible soutien.</p>	<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être âgé d'au moins 16 ans • Présenter un problème de toxicomanie grave et actif • Être itinérant ou en logement occasionnel • Être un bénéficiaire assidu des urgences, des hôpitaux ou du système de justice • Se qualifier à une subvention de logement selon les critères établis par le Ministère de la Santé • Doit être disposé à accepter un certain soutien d'un prestataire de logement
×	PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE ET DE JUSTICE
<p>Description Programme de logement de soutien en santé mentale et en justice. The Access Point facilite le jumelage avec des logements indépendants à faible soutien.</p>	<p>Critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être âgé d'au moins 16 ans • Présenter des problèmes de santé mentale qui affectent gravement votre vie • Être itinérant ou présenter un risque immédiat d'itinérance • Faire l'objet de procédures dans le système de justice criminelle au moment de la prise en charge en logement • Être référé par une source de référence prioritaire comme différents professionnels qui travaillent dans le système de justice • Se qualifier à une subvention de logement selon les critères établis par le Ministère de la Santé • Doit être disposé à accepter un certain soutien d'un prestataire de logement



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

D Préférences d'agence de services de soutien individuel			
<ul style="list-style-type: none"> Laissez cette section en blanc si vous désirez être mis en relation avec la première agence disponible S'il y a une agence que vous préféreriez ÉVITER, inscrivez un X à côté de son nom Faites trois choix d'agence; indiquez votre ordre de préférence de 1 à 3 à côté du nom de ces agences. 			
Is this a team to team transfer?			OUI NON
416 Community Support for Women		CTYS - Central Toronto Youth Services	Sound Times
Across Boundaries		Hong Fook Mental Health Association	St. Joseph's Health Centre
Across Boundaries (Youth)		LOFT Community Services	Hôpital St. Michael
Alternatives		Madison Community Services	Sunnybrook Hospital
Bayview Community Services Inc.		Margaret's Housing & Community Support Services	The Scarborough Hospital
CMHA (Toronto Est)		Mount Sinai Hospital — ÉTCA	Toronto East General Hospital
CMHA (Toronto Ouest)		Hopital général de North York — ÉTCA	Toronto North Support Services
Cota		Reconnect Mental Health Services	Réseau universitaire de santé
CRCT		Regeneration Community Services	
E Préférences d'agence de logement de soutien			
<ul style="list-style-type: none"> Laissez cette section en blanc si vous désirez être mis en relation avec la première agence disponible S'il y a une agence que vous préféreriez ÉVITER, inscrivez un X à côté de son nom Faites trois choix d'agence; indiquez votre ordre de préférence de 1 à 3 à côté du nom de ces agences. Tous les programmes de logement exigent que les demandeurs consentent à recevoir des services de soutien offerts par les prestataires de logement. 			
Renseignements sur le logement et soutien		Foyers à but non lucratif Good Shepherd	Parkdale Activity-Recreation Centre
Bayview Community Services Inc		Habitat Services	Pilot Place Society
Centre de toxicomanie et de santé mentale		Hong Fook Mental Health Association	Progress Place
Chai Tikvah Foundation		House of Compassion	Regeneration Community Services
CMHA Toronto		Houselink Community Homes	Rouge Valley Health System
COPA		Jean Tweed Centre	St Stephens Community House
Community Outreach Services		John Howard Society	St. Jude Community Homes
Cota		LOFT Community Services	Street Haven at the Crossroads
Eden Community Homes		Madison Community Services	Toronto Community Addictions Team — TCAT
Fred Victor Centre		Mainstay Housing	WoodGreen Community Services
George Herman House		Margaret's Housing & Community Support Services	YWCA Toronto



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

F Coordonnées			
Prénom :		Nom :	
Surnoms :			
Adresse :			
Intersection la plus proche :			
App. :		Code à l'entrée :	
Ville :		Province :	
Code postal :			
Téléphone :		Poste :	
Autre numéro :			
Courriel :			
Êtes-vous actuellement en itinérance?	OUI	NON	Êtes-vous actuellement à risque de devenir itinérance ou en logement précaire
			OUI
			NON
En cas d'itinérance, veuillez indiquer un endroit où il est probable de retrouver la personne			
G Autres coordonnées			
Si vous n'avez pas de téléphone ou qu'il est difficile de vous joindre, est-ce que vous êtes en contact régulier avec une personne que l'on pourrait appeler pour communiquer avec vous?			
Prénom :		Nom :	
Numéro de téléphone :		Poste :	
Relation :		Entreprise :	
Peut-on laisser un message au numéro fourni?			OUI
			NON



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

H Renseignements généraux	
Avez-vous subi une Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) au cours des six derniers mois?	OUI NON INCERTAIN
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
Identité de genre :	
Avez-vous une carte Santé de l'Ontario?	OUI NON INCERTAIN
Numéro de carte Santé de l'Ontario :	
Parlez-vous anglais?	OUI NON INCERTAIN
Langue maternelle	Langue préférée
Avez-vous besoin d'un interprète?	OUI NON
De quelle origine ethnique ou culture êtes-vous? Autrement dit, à quelle culture ou origine ethnique vous identifiez-vous?	
Êtes-vous de descendance autochtone?	OUI NON INCERTAIN
Statut d'immigrant :	Année d'arrivée au Canada :
Numéro de carte de résident permanent :	
Auriez-vous droit, et le souhaiteriez-vous, de recevoir des services pour des collectivités racisées? [référence à des personnes ou à des groupes que l'on disait auparavant « ethno-raciaux » ou « gens de couleur »].	OUI NON INCERTAIN
I Renseignements financiers	
Quelle est votre principale source de revenu?	Source secondaire de revenu :
Revenu mensuel total :	Valeur de l'actif (comme un RÉER) :
Si vous avez demandé des sources de supplément de revenu (comme le RPC, l'AE, etc.) mais que vous ne les touchez pas encore, veuillez préciser :	



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

I Renseignements financiers (suite)	
Avez-vous nommé un fiduciaire ou un procureur à vos finances?	OUI NON INCERTAIN
Nom :	Numéro de téléphone :
Courriel :	
Quel est votre statut d'emploi actuel?	
Quel est votre plus haut niveau d'éducation?	
Êtes-vous actuellement aux études?	OUI NON INCERTAIN
Avec qui vivez-vous actuellement?	
Dans quel type de logement vivez-vous actuellement?	
J Renseignements médicaux	
Est-ce votre premier épisode de santé mentale?	OUI NON INCERTAIN
Depuis combien de temps (en années) éprouvez-vous des problèmes de santé mentale?	
Avez-vous reçu un diagnostic officiel de maladie mentale?	OUI NON INCERTAIN
Le cas échéant, quel est le diagnostic principal?	
Avez-vous déjà vécu un épisode de psychose?	OUI NON INCERTAIN
Si vous êtes aux prises avec un autre problème de santé mentale, veuillez l'indiquer ou l'expliquer :	
Vous êtes-vous rendu à l'hôpital (urgences ou hospitalisation) pour des problèmes de santé mentale au cours des deux dernières années?	OUI NON INCERTAIN



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

J Renseignements médicaux (suite)	
Veuillez donner une estimation du nombre total de jours d'hospitalisation pour un problème de santé mentale au cours des deux dernières années :	
Veuillez énumérer les hôpitaux que vous avez fréquentés et à quel moment :	
Êtes-vous actuellement hospitalisé pour un problème de santé mentale?	OUI NON
Le cas échéant, êtes-vous actuellement classé DNS (différents niveaux de soins)?	OUI NON
Êtes-vous actuellement sous le coup d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire?	OUI NON
Présentez-vous une autre maladie ou un autre handicap?	
Troubles concomitants (toxicomanie et maladie mentale)?	OUI NON INCERTAIN
Diagnostic mixte (trouble du développement et maladie mentale)?	OUI NON INCERTAIN
Neurologique (blessure à la tête ou au cerveau, épilepsie, maladie de Parkinson, troubles cognitifs, etc.)	OUI NON INCERTAIN
Autre maladie chronique ou handicap physique (comme l'hypertension, le diabète, des allergies)	OUI NON INCERTAIN
Un de nos prestataires est spécialisé dans le soutien des personnes porteuses du VIH/ SIDA. Y seriez-vous admissible?	OUI NON
Si vous répondez OUI à une des dernières questions, veuillez préciser :	
Si vous êtes aux prises avec un handicap mental, veuillez l'indiquer ou l'expliquer :	



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

J Renseignements médicaux (suite)	
Problèmes de toxicomanie	
Êtes-vous aux prises avec un problème de toxicomanie actif et grave?	OUI NON INCERTAIN
Le cas échéant, quelle est votre substance préférée?	
Depuis combien de temps vous inquiétez-vous de vos problèmes de toxicomanie (en années)?	
Vous êtes-vous rendu aux urgences d'un hôpital en raison de vos problèmes de toxicomanie au cours de la dernière année?	OUI NON
Le cas échéant, combien de fois?	Nombre de visites aux urgences au cours des deux derniers mois :
Avez-vous été hospitalisé à cause de votre toxicomanie (y compris aux soins intensifs, en réadaptation et en soins continus complexes) au cours de la dernière année?	OUI NON
Le cas échéant, veuillez indiquer le nombre de jours d'hospitalisation pour toxicomanie au cours de la dernière année :	
Avez-vous été admis dans un système de gestion du sevrage (résidentiel, communautaire ou de jour) en raison de vos problèmes de toxicomanie au cours de la dernière année?	OUI NON
Le cas échéant, veuillez indiquer combien de fois vous avez été admis dans un système de gestion du sevrage au cours de la dernière année :	
Avez-vous fréquenté d'une quelconque façon le système de justice criminelle au cours de la dernière année?	OUI NON
Le cas échéant, combien d'épisodes distincts avez-vous vécus?	
Professionnels de la santé traitants et médication	
Êtes-vous suivi par un psychiatre?	OUI NON
Nom du psychiatre :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

J Renseignements médicaux (suite)	
Professionnels de la santé traitants et médication (suite)	
Êtes-vous suivi par un médecin (généraliste, médecin de famille, médecin sans rendez-vous)?	OUI NON
Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
Veuillez donner la liste de tous les médicaments actuellement pris :	
K Besoins de soutien	
Commentaires du demandeur concernant ses besoins de soutien :	
<p>Veuillez décrire brièvement les motifs de la référence. Quelle est la difficulté actuelle et dans quel domaine le demandeur bénéficierait d'un soutien?</p> <p>S'il s'agit d'une référence d'ÉCTA, veuillez expliquer en quoi le demandeur a besoin du niveau d'intensité de service d'une ÉCTA.</p>	



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

K		Besoins de soutien (suite)	
Soutien existant			
Travaillez-vous avec d'autres prestataires de service?		OUI	NON
Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants pour chaque prestataire :			
1	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
2	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
3	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
Veuillez décrire les soutiens informels (ex., la famille, les amis, la collectivité de foi, les groupes culturels, autres soutiens communautaires) auxquels vous avez accès et votre degré de satisfaction à l'égard de chacun :			



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

K		Besoins de soutien (suite)	
Soutien passé			
Avez-vous déjà travaillé avec d'autres prestataires?			OUI NON
Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants pour chaque prestataire :			
1	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
2	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
3	Nom de l'agence :	Nom du programme :	
Personne ressource :			
Services reçus :			
Numéro de téléphone :		Courriel :	
Autres besoins de soutien			
<p>Afin d'agencer vos besoins avec un logement libre approprié, veuillez indiquer le niveau de soutien dont vous auriez besoin de la part du prestataire de logement de soutien dans les domaines suivants :</p> <p>Veuillez prendre note que vos choix dans ce tableau indiqueront à The Access Point quelles options de logement vous conviendraient et qu'ils influenceront le genre d'options qui vous seront proposées. Si vous avez besoin d'aide ou de renseignements, communiquez avec The Access Point au 416 640-1934.</p>			
Auriez-vous besoin de soutien pour un des aspects suivants?			
Logement	Besoins en logement	OUI	NON
	Entretien ménager	OUI	NON



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

K		Besoins de soutien (suite)			
Autres besoins de soutien (suite)					
Soutien social	Tisser des liens positifs	OUI	NON		
	Rencontrer de nouvelles personnes / Soutien social et par des pairs	OUI	NON		
Santé et mieux-être	Gestion de symptômes particuliers	OUI	NON		
	Renseignements sur le diabète	OUI	NON		
	Gestion autonome de la médication	AUCUNE	UN PEU	BEAUCOUP	
	Gérer la consommation de drogues et d'alcool	OUI	NON		
	Planification de mesures de reprise du mieux-être	OUI	NON		
	Santé physique et information	OUI	NON		
	Se rendre aux rendez-vous	OUI	NON		
	Prendre soin de soi	AUCUNE	UN PEU	BEAUCOUP	
Alimentation et nutrition	Renseignements sur la nutrition	OUI	NON		
	Magasinage	OUI	NON		
	Aide à la préparation des repas	AUCUNE	UN PEU	BEAUCOUP	
	Avez-vous besoin qu'on vous fournisse les repas?	OUI	NON		
Finances	Responsabilités financières	OUI	NON		
Affaires juridiques	Problèmes juridiques	OUI	NON		
	Défense et connaissance de ses droits	OUI	NON		
Sécurité	Éviter les situations non sécuritaires	OUI	NON		
	Éviter les crises et gérer la colère	OUI	NON		



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

K Besoins de soutien (suite)				
Autres besoins de soutien (suite)				
Emploi et formation	Comprendre l'anglais, habiletés de lecture, d'écriture, alphabétisation	OUI	NON	
	Améliorer l'employabilité et les possibilités de carrière	OUI	NON	
	Formation	OUI	NON	
Activités du quotidien	Utiliser les transports / TTC	OUI	NON	
	Structurer votre journée	OUI	NON	
	Acquérir des habiletés liées au quotidien	OUI	NON	
Autres aspects	Veuillez expliquer :			
Risques relatifs à la sécurité				
<p>Nous posons les questions suivantes pour établir s'il y a quelque risque relié à la sécurité dont nous devrions être au fait. Votre admissibilité au service ne sera PAS affectée par vos réponses. Nous savons qu'il s'agit de questions délicates et nous vous remercions d'y répondre. Si vous avez vécu récemment une des situations suivantes (au cours des trois dernières années), veuillez préciser (quand, combien de fois, l'ampleur, le résultat)</p> <p>Si vous êtes actuellement dans une de ces situations, veuillez encercler à quand remonte votre dernier épisode :</p>				
Consommation d'alcool qui vous nuit	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Pensées suicidaires	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Tentatives de suicide	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Auto-mutilation	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

K Besoins de soutien (suite)				
Risques relatifs à la sécurité (suite)				
Consommation d'alcool qui vous a nui	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Distracted pendant que vous fumez	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Mauvaise gestion du feu/provoquer un incendie	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Agression de votre part — physique	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Agression de votre part — sexuelle	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Agression de votre part — verbale	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Problèmes de gestion de la colère	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Comportement sexuel inapproprié	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Destruction de biens	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Jeu	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Syndrome de Diogène	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Problèmes de violence	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Historique ou risque d'itinérance	S.O.	6 mois	6 mois - 1 an	1 - 5 ans
Commentaires, autres problèmes :				



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

L		Judiciarisation	
Faites-vous ou avez-vous eu des démêlés avec le système de justice criminelle l'objet de démarches judiciaires au criminel?		OUI	NON
Le cas échéant, veuillez indiquer combien de fois vous avez eu des démêlés avec le système de justice au cours de la dernière année :			
Veuillez remplir la section suivante si vous faites actuellement l'objet de démarches judiciaires (cochez tous les énoncés pertinents)			
Avant le dépôt d'accusations		Résultats	
	Déjudiciarisation préalable à l'inculpation		Accusations retirées
	Programme de déjudiciarisation		Sentence conditionnelle
Avant le procès			Arrêt des procédures
	En attente d'évaluation de la condition		Ordonnance de protection
	Dans la collectivité sur engagement personnel		En attente de sentence
	En attente de procès (avec ou sans libération sous caution)		Engagement de ne pas troubler la paix publique
	Inaptes à subir son procès		NCR
	En attente d'évaluation de la responsabilité criminelle		Peine suspendue
Statut de détention			Absolution conditionnelle
	Détention par la COE — accès communautaire	Autre	
	En probation		Aucun problème judiciaire
	Libération conditionnelle par la COE		Autres problèmes judiciaires
	En détention		Inconnu
	Libération conditionnelle		



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

L Judiciarisation (suite)		
Veillez énumérer les accusations actuelles et antérieures (y compris les chefs, l'acte d'accusation et la date).		
Chefs	Actes d'accusation	Date (indiquer s'ils sont en cours)



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

M		Préférences de logement (veuillez remplir cette section si vous demandez un logement de soutien)		
Êtes-vous disposé à vivre n'importe où dans la Ville de Toronto?		OUI	NON	
Dans la négative, veuillez indiquer votre préférence géographique (cochez tous vos choix) Veuillez prendre note : The Access Point ne communiquer avec vous que pour les disponibilités dans les endroits choisis.				
	Extrême Ouest de Toronto De Bathurst à Islington, de Lawrence à Lakeshore		North York West Au nord de Lawrence, de l'ouest de Yonge à Islington	
	Extrême Est de Toronto De Don Valley à Victoria Park, de Lawrence à Lakeshore		Etobicoke À l'ouest d'Islington	
	Centre-ville de Toronto De Bathurst à Don Valley, de Lawrence à Lakeshore		Scarborough À l'est de Victoria Park	
	North York East Au nord de Lawrence, de l'est de Yonge à Victoria Park			
Avez-vous besoin de logement pour une famille? Le nombre de logements disponibles pour une famille est restreint		OUI	NON	
Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants à propos de votre famille				
Nom	Relation	Date de naissance	Genre	Revenu mensuel
Désirez-vous vivre dans un logement pour :			HOMMES ET FEMMES	HOMMES SEULS FEMMES SEULES
Avez-vous besoin d'un logement adapté pour un fauteuil roulant?		OUI	NON	
Certaines agences du Réseau sont sous contrat avec les propriétaires de pensions. Souvent, il est possible de jumeler un demandeur à une pension plus rapidement que pour d'autres types de logement.				
Aimeriez-vous être référé à une pension?		OUI	NON	
Accepteriez-vous de partager une chambre avec un inconnu?		OUI	NON	



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

M		Préférences de logement	
Quels autres types de logement de soutien accepteriez-vous (cochez toutes les réponses pertinentes)?			
	Maison de chambres/Cohabitation (Maison ou appartement)		Mon propre appartement — Immeuble dédié Tous les occupants sont des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale
	Mon propre appartement — Unités dispersées Certains occupants sont des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale		
À quelle fréquence aimeriez-vous qu'un membre du personnel soit sur place ou qu'il vienne voir votre unité? Le cas échéant		24 HEURES CHAQUE JOUR OCCASIONNELLEMENT	
Soutiens médicaux dans le cadre du logement			
Avez-vous besoin de services de logement ou de soutien adaptés à une personne ayant des problèmes d'habileté physique?		OUI	NON
Le cas échéant, veuillez expliquer :			
Vivez-vous avec le diabète ou une condition prédiabétique?		OUI	NON



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

M		Préférences de logement (suite)	
Références de logement des demandeurs et historique			
<p>Au titre de la Loi sur la location à usage d'habitation, lorsqu'il choisit un locataire éventuel, le locateur peut avoir recours, aux renseignements sur le revenu, aux vérifications du crédit et aux références en la matière, aux antécédents en matière de logement, aux garanties et autres pratiques semblables permises par les règlements pris en application du Code des droits de la personne.</p> <p>Veillez indiquer vos antécédents de logement des trois dernières années :</p>			
1	Adresse :		
	Type de logement :	Propriétaire/Agence :	
	Téléphone :		
	Date d'emménagement (AAAA/MM/JJ)	Date de déménagement (AAAA/MM/JJ)	
	Motif du départ :		
2	Adresse :		
	Type de logement :	Propriétaire/Agence :	
	Téléphone :		
	Date d'emménagement (AAAA/MM/JJ)	Date de déménagement (AAAA/MM/JJ)	
	Motif du départ :		
3	Adresse :		
	Type de logement :	Propriétaire/Agence :	
	Téléphone :		
	Date d'emménagement (AAAA/MM/JJ)	Date de déménagement (AAAA/MM/JJ)	
	Motif du départ :		



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

N Politique en matière de confidentialité

Engagement à la confidentialité

Chez **The Access Point**, votre confidentialité n'est pas prise à la légère. Notre objectif est de nous assurer que tous les renseignements de santé personnels (RSP) sont recueillis et protégés adéquatement. Nous conservons vos RSP de manière responsable et les supprimons de manière sécuritaire et en temps utile, soit lorsqu'ils ne sont plus requis. Nous prenons des mesures responsables conformément aux lois en matière de confidentialité pour préserver la confidentialité et la sécurité des RSP que vous nous fournissez.

Motifs pour lesquels nous recueillons, employons et divulguons des RSP

Nous recueillons, employons et divulguons vos RSP pour déterminer vos besoins afin de vous fournir des services de logement et de soutien individuel en santé mentale, y compris les suivants :

- Nous recueillons tous les renseignements pertinents contenus dans les dossiers tenus par les organismes et personnes mentionnées dans cette demande. Il peut s'agir, entre autres, de votre psychiatre, votre médecin, d'autres agences de soutien, le référant, ou le tuteur public et le procureur indiqués sur la demande.
- Nous recueillons, employons et divulguons vos RSP pour faire des références en matière de logement ou de services de soutien en santé mentale, obtenir paiement pour tels services, et pour toute autre fin exigée ou permise par la loi.
- Si vous avez droit aux services de logement ou de soutien, cette demande sera transmise aux agences qui vous rendront des services.
- The Access Point ou n'importe quel prestataire qui reçoit vos RSP peut être tenu par la loi de les divulguer à une personne ou à un organisme non mentionné ici, sans votre consentement, dans certaines circonstances, comme en situation d'urgence ou en situation de mieux-être de l'enfance.
- Nous recueillons, employons et divulguons des RSP génériques sur nos demandeurs à des fins de planification et de prestation des services, d'évaluation du programme, de tenue de statistiques, et de rapport à nos bailleurs de fonds.

Responsable de la confidentialité

Afin de consulter votre RSP, ou si vous avez des questions ou des craintes quant à votre confidentialité, veuillez appeler notre responsable de la confidentialité au 416 640-1934. Pour toute autre question, vous pouvez communiquer avec le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario, 2, rue Bloor Est, Bureau 1400, Toronto, Ontario, M4W 1A8, 416 326-3333.



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

O Déclaration et consentement du demandeur	
En cochant les cases ci-dessous, vous acceptez la teneur des énoncés suivants. Veuillez les lire attentivement.	
<input type="checkbox"/>	Je déclare que je suis le demandeur de logement ou de services de soutien.
<input type="checkbox"/>	J'ai fait de mon mieux pour m'assurer que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts.
<input type="checkbox"/>	The Access Point peut communiquer avec le Référant (le cas échéant) qui remplit la Déclaration du référant ci-dessous.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que je peux retirer ou modifier ce consentement à tout moment en m'adressant par écrit au Directeur de The Access Point , au 661, rue Yonge, Toronto, Ontario, M4Y 1Z9, sauf lorsque les renseignements ont déjà été partagés.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que ma capacité à recevoir des services peut être affectée si je refuse ou retire mon consentement.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que The Access Point communiquera avec moi pour confirmer mon consentement au traitement de la demande.
Je ne consens pas à ce que mes renseignements soient partagés avec :	
Si vous avez choisi de ne pas consentir à un des énoncés ci-dessus, veuillez vous expliquer	
<input type="checkbox"/>	Je confirme avoir lu et compris ce formulaire et consentir à la cueillette, l'emploi et la divulgation des RSP comme décrit dans le formulaire.
Subrogé	
Si la personne qui remplit ce formulaire est un subrogé du demandeur, les questions de ce formulaire portent sur des renseignements concernant la personne qui a besoin de soutien (demandeur). Si vous êtes le subrogé du demandeur, veuillez fournir les renseignements suivants :	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :
Relation :	Type de subrogé :
<input type="checkbox"/>	Le subrogé déclare par les présentes être la personne autorisée au titre de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé à consentir à la cueillette, à l'emploi et à la divulgation des renseignements de santé personnels du demandeur et consent au nom de celui-ci.



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

P Source de la référence/agent/agence — s'il ne s'agit pas d'une autoréférence	
Nom du référent :	Agence du référent :
Titre :	Téléphone :
Cellulaire :	Télécopieur :
Courriel :	
Adresse :	App./Bureau :
Ville :	Province :
Code postal :	Relation :
Le demandeur est-il conscient de cette référence?	OUI NON
Est-ce un client de Health Link?	OUI NON
Quel bureau :	
Êtes-vous une source de référence prioritaire de Health Link?	OUI NON
Comptez-vous continuer à vous occuper du demandeur s'il obtient des services de soutien ou d'hébergement individuel?	OUI NON
Le cas échéant, veuillez décrire l'ampleur des soins que vous comptez maintenir :	
Dans la négative, pourquoi?	
Déclaration du référent	
Si cette demande est remplie et que la référence est faite par une personne autre que le demandeur ou un subrogé, le référent doit remplir la déclaration suivante : veuillez les lire attentivement. Les demandes ne seront acceptées qu'avec le consentement du demandeur ou du subrogé, le cas échéant.	
×	À ma connaissance, les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.
×	J'ai discuté de cette demande avec le demandeur, je lui ai expliqué le rôle de The Access Point et le processus de demande et, tant que faire se peut, j'ai rempli la demande avec le demandeur.



The Access Point

The Toronto Mental Health and
Addictions Access Point

Formulaire de référence — Coordinated Access

P	Source de la référence/agent/agence — s'il ne s'agit pas d'une auto-référence (suite)
Déclaration du référant (suite)	
✕	Je comprends que le bureau de The Access Point transmettra cette demande et les renseignements d'identification aux seules agences pour lesquelles le demandeur a donné son accord.
✕	Le demandeur m'a signifié comprendre et consentir librement à cette référence ainsi qu'à la cueillette, l'emploi et la divulgation des RSP selon les modalités de la présente demande.