La Société ELIZABETH FRY d'Ottawa

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMMUNAUTAIRE

311-211, avenue Bronson, Ottawa ON, K1R 6H5
Tél: 613.237-7427 Fax: 613-237-8312
www.efryottawa.com

Société Elizabeth Fry d'Ottawa

La Société Elizabeth Fry d'Ottawa offre des programmes et services aux femmes et aux personnes de diverse identités de genre touchées par le système judiciaire.
Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu des demêlés avec le système de justice pénale ?

◯ Oui ◯ Non

Demande de programme et de service

Quel type de programme ou d'accompagnement recherchez-vous ?

--

Renseignements personnels

Nom complet :

Prénom usuel :

Date de naissance :

Identité de genre :

--

Pronoms :

--

Identité autochtone :

--

Numéro de téléphone :

Courriel :

Addresse :

Situtation professionnelle :

Source de la référence :

Participation obligatoire :

--

Les renseignements collectés sur ce formulaire resteront confidentiels et seront utilisés uniquement pour traiter votre recommandation. Pour plus d'informations contactez la gestionnaire des programmes et services.

Change...
One step at a time...

La Société ELIZABETH FRY d'Ottawa

311-211, avenue Bronson, Ottawa ON, K1R 6H5
Tél: 613.237-7427 Fax: 613-237-8312
www.efryottawa.com

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE COMMUNAUTAIRE

Disponibilité du programme

Cochez toutes les options qui s'appliquent :

Disponibilité en journée :

- ☐ Matin
- ☐ Après-midi
- ☐ Soirée

Méthode de prestation de service :

- ☐ En présentiel
- ☐ Virtuel
- ☐ Sans préférence

Disponibilité en semaine :

- ☐ Lundi
- ☐ Mardi
- ☐ Mercredi
- ☐ Jeudi
- ☐ Vendredi

Préférence de contact :

--

Peut-on laisser un message vocal en toute sécurité ?

◯ Oui ◯ Non

Sommes-nous autorisé à mentionner le nom de notre organisation lors de l'appel ?

◯ Oui ◯ Non

Informations générales

Santé mentale :

Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou rencontré des difficultés liées à la santé mentale ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, merci de préciser ou d'expliquer :

Bénéficiez-vous actuellement d'un accompagnement en santé mentale ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, quels types de soutien recevez-vous ?

Consommation de substances :

L'alcool ou d'autres substances ont-ils eu un impact dans votre vie au cours des 12 derniers mois ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, merci de préciser ou d'expliquer :

Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous actuellement d'un accompagnement pour des problèmes liés à la consommation de substances ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, quels types de soutien recevez-vous ?

La Société ELIZABETH FRY d'Ottawa

311-211, avenue Bronson, Ottawa ON, K1R 6H5
Tél: 613.237-7427 Fax: 613-237-8312
www.efryottawa.com

Soutiens et ressources

Avez-vous actuellement besoin de soutien supplémentaire dans l'un des domaines suivants ?

- ☐ Logement
- ☐ Sécurité alimentaire
- ☐ Aide financière
- ☐ Emploi / Formation professionnelle
- ☐ Éducation
- ☐ Santé mentale
- ☐ Soutien en matière de consommation ou d'addictions
- ☐ Informations juridiques
- ☐ Liens culturels ou communautaires
- ☐ Autre :

Êtes-vous actuellement en lien avec des soutiens communautaires ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, merci de préciser les types de soutien dont vous bénéficiez :

Besoins et adaptations :

Avez-vous des difficultés d'apprentissage ou des obstacles éducatifs que vous souhaitez partager ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, avez-vous besoin d'aménagements particuliers (soutien à la lecture, temps supplémentaire, supports écrits, etc.) ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, merci d'indiquer quels aménagements pourraient vous aider :

Attestation de participation :

Aurez-vous besoin d'une lettre attestant votre participation ?

◯ Oui ◯ Non

Date limite ou exigences particulières pour la lettre :

** Nous ferons notre possible pour répondre à vos préférences, mais cela ne peut être garanti.*

La Société ELIZABETH FRY d'Ottawa

311-211, avenue Bronson, Ottawa ON, K1R 6H5
Tél: 613.237-7427 Fax: 613-237-8312
www.efryottawa.com

Informations complémentaires

Y a-t-il des soutiens juridiques dont vous souhaitez nous informer (par exemple : agent de probation, agent de libération conditionnelle, avocat ou intervenant) ? Si oui, merci d'indiquer leur nom, leur fonction et leurs coordonnées.	
Existe-t-il des obstacles qui pourraient vous empêcher de terminer ce programme ?	
Y a-t-il des aspects de votre identité, de votre culture ou de votre expérience de vie que vous souhaitez que les animateurs comprennent ?	
Qu'espérez-vous retirer de votre participation à ce programme ?	

La Société ELIZABETH FRY d'Ottawa

311-211, avenue Bronson, Ottawa ON, K1R 6H5
Tél: 613.237-7427 Fax: 613-237-8312
www.efryottawa.com

Souhaitez-vous transmettre d'autres informations au personnel du programme ?

Consentement et Reconnaissance

En signant ci-dessous, je reconnais que :

- ☐ Je comprends que la participation est volontaire.
- ☐ Le personnel du programme pourra communiquer des informations concernant la participation si la loi l'exige.

Nom de la participante :

Signature:

Date:

EN REGISTRER

EFFACER