

des services à l'enfance et à la jeunesse, avec l'appui du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère de l'Éducation, du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires. Pour en savoir plus et pour obtenir la liste complète des partenaires communautaires, consultez le site Web www.laplacedesenfants.ca.

Caractéristiques de l'enfant ou du jeune ayant des besoins particuliers multiples et/ou complexes : <i>(Cochez tous les éléments applicables)</i>	Caractéristiques de la famille – difficultés qui pourraient nuire à la capacité de coordonner les services pour l'enfant ou le jeune ayant des besoins particuliers multiples et/ou complexes : <i>(Cochez tous les éléments applicables)</i>	Facteurs externes ou environnementaux qui pourraient nuire à la capacité de coordonner les services pour l'enfant ou le jeune ayant des besoins particuliers multiples et/ou complexes : <i>(Cochez tous les éléments applicables)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfant ou jeune ayant des besoins particuliers multiples et/ou complexes ○ Enfant ou jeune nécessitant plusieurs services spécialisés (par exemple, réadaptation, services d'autisme, services du développement, services de répit) à cause de l'étendue de ses besoins ○ Enfant ou jeune ayant des difficultés dans plusieurs sphères de son développement (physique, communication, intellectuel, émotionnel, social, comportemental) et nécessitant des services dans plusieurs domaines ou offerts par plusieurs professionnels ○ Enfant ou jeune ayant des besoins continus, comme des déficiences physiques ou intellectuelles graves qui nécessitent l'utilisation de technologies 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptation et forces ○ Santé et bien-être des autres membres de la famille ○ Apprentissage du langage ou obstacles linguistiques ○ Autres événements ou facteurs qui causent des difficultés pour la famille 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien social ou communautaire limité ○ Exigences concurrentes (par exemple, emploi et offre de soins à l'enfant ou au jeune) ○ Instabilité dans les finances ou la situation de logement

Autres détails sur les besoins de l'enfant ou du jeune et de la famille indiqués ci-dessus :	
Problèmes de santé ou médicaux :	
Forces de l'enfant ou du jeune et de la famille :	
Qu'est-ce que vous et la famille souhaitez accomplir grâce à la planification coordonnée des services?	
Allergies :	
Diagnostic principal :	Date du diagnostic (<i>si disponible</i>)
Autre(s) diagnostic(s) :	Date du diagnostic (<i>si disponible</i>)

Services présentement offerts à l'enfant ou au jeune

Service	Fournisseur	Date de début

Listes d'attente sur lesquelles l'enfant ou le jeune se trouve présentement

Service	Fournisseur	Date d'inscription

Services explorés, terminés ou épuisés

Service	Fournisseur	Date de début	Date de fin

Partage d'information

Afin de faciliter l'inscription à la planification coordonnée des services et d'éviter que la famille ait à répéter son histoire, on demande à l'auteur(e) de l'aiguillage de fournir toute documentation pertinente en appui à la demande.

Veillez soumettre le formulaire à l'un des bureaux de La place des enfants :

400, avenue McKeown
 North Bay ON
 P1B 0B2
 1-866-626-9100
 705-476-5437
 Téléc. : 705-474-0127

100, prom. Frank Miller
 Unité 2, C.P. 7
 Huntsville ON P1H 1H7
 1-866-232-5559
 705-789-9985
 Téléc. : 705-789-1115

70, rue Joseph
 Unité 304, Parry Sound Mall
 Parry Sound ON P2A 2G5
 1-855-746-6287
 705-746-6287
 Téléc. : 705-746-5324

À L'USAGE DE LA PLACE DES ENFANTS :

<p>Services à fournir :</p> <p>Agent(e) de liaison désigné(e) : <input type="radio"/> N <input type="radio"/> N Nom : _____</p> <p>Date de demande d'information pour l'admission : _____ Information reçue? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N</p>

« Les renseignements personnels dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. Les renseignements personnels seront utilisés aux fins de la prestation de services de santé appropriés. Les questions concernant la collecte de ces renseignements peuvent être posées à La place des enfants, 400, avenue McKeown, North Bay (Ontario) P1B 0B2 . Téléphone : 705-476-5437 . »

Révisé en janvier 17

This form is available in English.

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE D'INFORMATION

Planification coordonnée des services dans les districts de Muskoka, Nipissing and Parry Sound

Je, _____, consens à ce que le Centre de traitement pour enfants La place des enfants, Mains
Client/Parent/Tuteur(trice) Lereseauidaideauxfamilles.ca et Simcoe Muskoka Family Connexions divulguent des renseignements aux
organismes ou professionnels indiqués ci-haut, ou obtiennent des renseignements auprès d'eux,
concernant :

Client/Parent/Tuteur(trice) / Date de naissance

aux fins de la **planification coordonnée des services**. Les renseignements recueillis grâce à ce formulaire serviront à l'admission, au triage et à l'assignation des services.

Tous les organismes participant à la collecte d'information servant à déterminer l'admissibilité aux services doivent se conformer à la législation provinciale sur la protection des renseignements personnels. En signant ce formulaire, vous consentez à ce que la collecte, l'entreposage et la divulgation des renseignements personnels sur la santé de l'enfant soient effectués conformément à Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario et à la déclaration des organismes sur la protection des renseignements personnels, sauf lorsque la loi l'exige.

Ce consentement est en vigueur à compter de la date de signature et demeure en vigueur jusqu'à ce que le but dans lequel l'information a été divulguée ou obtenue soit atteint. Le consentement expire au plus tard un an après la date de signature. Vous comprenez que vous pouvez révoquer votre consentement en tout temps, verbalement ou par écrit.

Signature – client ou cliente de 12 ans ou plus

Signature – parent(s)/tuteurs(s)

Signature – témoin

FAIT LE _____ DE _____ 20_____
 JOUR MOIS ANNÉE

DATE D'EXPIRATION (maximum d'un an) : _____ DE _____ 20_____
 JOUR MOIS ANNÉE

Auteur(e) de l'aiguillage :

Poste :

Signature :

Date :

Veillez soumettre le formulaire à l'un des bureaux suivants :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 400, avenue McKeown
North Bay ON
P1B 0B2
1-866-626-9100
705-476-5437
Télec. : 705-474-0127 | <input type="checkbox"/> 100, prom. Frank Miller
Unité 2, C.P. 7
Huntsville ON P1H 1H7
1-866-232-5559
705-789-9985
Télec. : 705-789-1115 | <input type="checkbox"/> 70, rue Joseph
Unité 304, Parry Sound Mall
Parry Sound ON P2A 2G5
1-855-746-6287
705-746-6287
Télec. : 705-746-3324 |
|--|---|---|

