

FORMULAIRE DE DEMANDE

FORCE DE PLACEMENT PROFESSIONNEL

SARA RIEL

210, rue Kenny
Winnipeg, Manitoba
R2H 2E4

L'objet du **Formulaire de demande** est de recueillir de l'information importante au sujet de votre situation afin de permettre à Force de placement professionnel d'évaluer si le programme répondra à vos besoins.

Le Formulaire de demande **doit être rempli et retourné à Sara Riel Inc. avant** qu'une entrevue de prise de contact puisse être organisée. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, prière de téléphoner au **237-9559** et de demander le Coordonnateur du programme Force de placement professionnel.

Si vous possédez un curriculum vitae, veuillez en annexer une copie.

NOM DU CLIENT :

Nom de famille

Prénom

Second prénom

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : 1. Femme 2. Homme
Mois/Jour/Année

CONTACTS DU CLIENT :

Psychiatre : _____ S/O

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : (Domicile) _____ (Bureau) _____

Médecin de famille : _____ S/O

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Autres soutiens : (p. ex. travailleur communautaire en santé mentale, psychologue, travailleur social, conseiller, etc.) S/O

Nom : _____ Agence: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Agence: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION TERMINÉ :

1. Élémentaire - Année _____

3. Université – premier cycle

5. Collège communautaire

2. Secondaire - Année _____

4. Université 2^e et 3^e cycle

6. Autre _____

ALPHABÉTISME :

Avez-vous de la difficulté à lire? 1. Oui 2. Non

Avez-vous de la difficulté à écrire? 1. Oui 2. Non

SITUATION FINANCIÈRE (Cochez tous les choix applicables)

1. Autonome

4. Aide à l'emploi et au revenu

7. Famille/conjoint/partenaire

2. Assurance-emploi

5. Indemnités d'accident de travail

8. Prestations d'invalidité

3. Prestations d'une assurance privée

6. Régime de pension du Canada

9. Autre (précisez)

SITUATION DE VIE ACTUELLE :

1. Seul(e)

5. Foyer de groupe (supervisé)

2. Colocataire

6. Hôtel

3. Conjoint et/ou enfants

7. Autre (précisez)

4. Parents et/ou grand-parents

DÉMÊLÉS AVEC LA JUSTICE :

1. Police-Loi sur la santé mentale

4. Service à l'enfance et à la famille

2. Police-Accusation au criminel

5. Autre (préciser)

3. Intoxication

Expliquez s'il y a lieu : _____

ANTÉDÉDENTS EN MATIÈRE DE VIOLENCE :

1. Envers soi-même

3. Usage d'une arme

5. Aucun

2. Envers d'autres

4. Dommages à la propriété

6. Autre (précisez)

Expliquez s'il y a lieu : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES SI ELLES S'APPLIQUENT À VOUS OU À VOTRE SITUATION :

Avez-vous déjà abusé des drogues ou de l'alcool? _____ Oui _____ Non

Avez-vous d'autres problèmes médicaux ou allergies que nous devrions connaître? _____ Oui _____ Non

Si oui, précisez

Avez-vous des incapacités physiques? _____ Oui _____ Non

Si oui, précisez :

ADMISSIONS DANS UN HÔPITAL :

Avez-vous déjà été admis dans un hôpital pour des troubles psychiatriques? Veuillez préciser :

1. Jamais hospitalisé(e) 4. Dernier séjour à l'hôpital il y a 4 à 6 mois
 2. Dernier séjour à l'hôpital il y a moins d'un mois 5. Dernier séjour à l'hôpital il y a plus de six mois
 3. Dernier séjour à l'hôpital il y a 1 à 3 mois

Si vous avez été hospitalisé(e), précisez le nombre total de fois :

1. Une fois 2. Deux à quatre fois 3. Cinq fois ou plus

Au sujet de votre plus récente admission à l'hôpital, veuillez répondre aux questions suivantes :

- a) Quel hôpital? _____
b) Date de la dernière hospitalisation? _____

Quels étaient vos symptômes au moment d'entrer à l'hôpital? _____

DOMAINES DE COMPÉTENCES EN RECHERCHE D'EMPLOI QUE JE VOUDRAIS AMÉLIORER :

1. Rédaction de CV 5. Autoprésentation 9. Attentes des employeurs
 2. Stratégie d'entrevue 6. Améliorer la confiance 10. Autre (précisez)
 3. Trouver des possibilités
d'emploi 7. Services au téléphone _____
 4. Accepter les refus 8. Connaissance de mes forces et faiblesses

PARTICIPATION ANTÉRIEURE/ACTUELLE À UN PROGRAMME D'EMPLOI :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Parrainé par l'assurance-emploi | <input type="checkbox"/> 6. Sair Centre of Learning |
| <input type="checkbox"/> 2. Parrainé par Aide à l'emploi et au revenu | <input type="checkbox"/> 7. Clubhouse |
| <input type="checkbox"/> 3. Doray Enterprises | <input type="checkbox"/> 8. Services de réadaptation professionnelle – SRP |
| <input type="checkbox"/> 4. Employment Dimensions (ACSM) | <input type="checkbox"/> 9. Aucune |
| <input type="checkbox"/> 5. SSCOPE | <input type="checkbox"/> 10. Autre (Prière de l'indiquer ci-dessous) |
-

Quand avez-vous occupé votre dernier emploi « rémunéré »?

Qu'est-ce qui vous empêche d'obtenir ou de conserver des emplois?

Quels seraient vos objectifs d'emploi au moment d'entamer le programme Force de placement professionnel?

SOURCE DE L'AIGUILLAGE

Vous présentez-vous vous-même? Oui Non

Si vous vous présentez **vous-même**, veuillez préciser comment vous avez entendu parler du programme – Énumérez les sources – p. ex. télévision, radio, journal, ami, etc.

Si vous êtes aiguillé par quelqu'un, prière de remplir la présente section :

Nom : _____ Agence : _____

Poste : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Date de réception du formulaire de demande : _____