



INFORMATION FAMILIALE CONFIDENTIELLE

(S.V.P. imprimé)

	1 ^{ière} personne	2 ^{ième} personne
Nom de famille	_____	_____
Prénom	_____	_____
Date de naissance (m/j/a)	_____	_____
Adresse	_____	_____
Ville	_____	_____
Code Postal	_____	_____
Téléphone à la maison	_____	_____
Céllulaire	_____	_____
Profession	_____	_____
Courriel	_____	_____
Education	_____	_____

Co-joint(e) :

Nom des enfants	École	Niveau	Age	Date de naissance (mois/jour/année)	Sexe
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F
_____	_____	_____	_____	_____	M F

L'appartenance ethnique (racines ou l'origine ethnique et non la citoyenneté ou la nationalité):

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Africain | <input type="checkbox"/> Canadien | <input type="checkbox"/> Hollandais | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Canadien français | <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Américain | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Indien | <input type="checkbox"/> Portugais |
| <input type="checkbox"/> Amérindien | <input type="checkbox"/> Des Caraïbes | <input type="checkbox"/> Irlandais | <input type="checkbox"/> Ukrainien |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Autre (indiquez) |
| <input type="checkbox"/> Asiatique | <input type="checkbox"/> Grec | <input type="checkbox"/> Latino-américain | _____ |
| <input type="checkbox"/> Britannique | <input type="checkbox"/> Guyanais | <input type="checkbox"/> Pakistanais | |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous un héritage francophone? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Voulez-vous les services en français? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des racines autochtones? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

État Civil:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Divorcé | <input type="checkbox"/> Marié |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé | <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve |



Catholic Family Services of Durham
Services à la famille catholiques de Durham

Comment avez-vous entendu parler de la clinique sans rendez-vous de SFCD?

- Médecin/hôpital Programme communautaire Avocat
 Agent de probation/police Société d'aide à l'enfance École/programme d'éducation des adultes
 Famille/ami Autre professionnel Recherche individuelle (bottin/Internet)
 Organisme religieux (prêtre/ministre) Service de santé mentale (p. ex., ACSM, équipe de santé familiale.)
 Autre : _____

1. Êtes-vous déjà venu(e) à la clinique de counselling sans rendez-vous? Oui Non

2. Y a-t-il un travailleur ou une travailleuse que vous consultez déjà chez SFCD? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer son nom. _____

3. De quoi voulez-vous parler à un conseiller ou à une conseillère aujourd'hui? _____

4. Sur une échelle 1 à 10, comment va votre vie **présentement**?

Excellent 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Terrible

5. a) Risquez-vous présentement de vous suicidez? Oui Non

b) Risquez-vous présentement de vous faire du mal? Oui Non

6. Risquez-vous présentement de faire de mal à autrui? Oui Non

7. Êtes-vous devant les tribunaux ou impliqué dans un litige juridique? Oui Non

Si oui, veuillez préciser ce qui est en instance devant les tribunaux : _____

8. Avez-vous présentement des comportements de dépendance à la drogue, à l'alcool, au jeu ou autres? Oui Non

9. Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

Si oui, nom du médecin de famille : _____

10. Votre famille reçoit-elle présentement des services de la Société d'aide à l'enfance? Oui Non

Si oui, nom du travailleur responsable du dossier : _____

11. Avez-vous récemment été en contact avec des punaises de lit? Oui Non

12. Avez-vous d'autre information à mentionner avant votre rendez-vous?

Demande de services

Quel type de counselling voulez-vous obtenir? Individuel Couple Famille Groupe

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) avez des assurances ou un programme d'aide aux employés qui couvrent les frais de counselling? Moi Mon conjoint



Renseignements sur le revenu et calcul des frais

Les renseignements de ce formulaire nous permettront de fixer des frais de service abordables pour vous.

Source de revenus (par année)	Client	Conjoint(e)
Revenu brut d'emploi ou de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail		
Ontario au travail/Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées		
Assurance emploi		
TPS		
Régime de pensions du Canada		
Prestation fiscale canadienne pour enfants		
Autres prestations gouvernementales		
Pension alimentaire		
Autres sources de revenus (investissements, revenus de location, etc.)		
Total partiel :		
Revenu total du ménage :		
Nombre de personnes à charge :		

À l'usage du bureau

Coût de la séance : 65 \$ Frais selon le barème : _____
À payer par le client : _____
Contribution de SFCD : _____
Justification pour l'ajustement des frais : _____
