



Demande de services

Critères d'admissibilité

- Mère vivant seule avec au moins un enfant de moins de 18 ans et qui assume seule les responsabilités éducatives et financières concernant l'enfant.
- Mère d'un premier enfant de moins d'un an (1) vivant avec sa (son) conjoint(e) ou le père de son enfant dans une relation instable.
- Mère vivant avec un(e) conjoint(e) autre que le père de ses enfants et assumant seule la responsabilité de ses enfants dont elle a la garde à temps complet.
- Mère seule qui désire ravoir la garde de ses enfants

Renseignements généraux mère

Nom :		Prénom :	
Date de naissance : (___ / ___ / ___)		Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : _____	
Adresse complète :			
N° de téléphone Maison :	N° de téléphone cellulaire :	N° de téléphone travail :	Peut-on laisser un message? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Courriel :			

Objectifs de la demande

Résumé de la situation actuelle :

Enjeux vécus par la mère

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conflits familiaux | <input type="checkbox"/> Difficultés conjugales | <input type="checkbox"/> Difficultés parentales | <input type="checkbox"/> Difficultés financières |
| <input type="checkbox"/> Violence conjugale | <input type="checkbox"/> Violence familiale | <input type="checkbox"/> Dossier judiciaire/enjeux légaux | <input type="checkbox"/> Garde du/des enfant(s) |
| <input type="checkbox"/> Itinérance | <input type="checkbox"/> Consommation | <input type="checkbox"/> Jeu compulsif | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes de santé physique | | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale | |



Demande de services

Renseignements généraux enfant

Nom :	Prénom :
Date de naissance : (___ / ___ / ___)	Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : _____
Situation de garde <input type="checkbox"/> Garde exclusive <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Garde retirée <input type="checkbox"/> Avec droits d'accès <input type="checkbox"/> Sans droit d'accès	Lieu de résidence <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur (Précisez le lien avec l'enfant) _____ <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) _____

Renseignements généraux enfant

Nom :	Prénom :
Date de naissance : (___ / ___ / ___)	Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : _____
Situation de garde <input type="checkbox"/> Garde exclusive <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Garde retirée <input type="checkbox"/> Avec droits d'accès <input type="checkbox"/> Sans droit d'accès	Lieu de résidence <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur (Précisez le lien avec l'enfant) _____ <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) _____

Renseignements généraux enfants

Nom :	Prénom :
Date de naissance : (___ / ___ / ___)	Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : _____
Situation de garde <input type="checkbox"/> Garde exclusive <input type="checkbox"/> Garde partagée <input type="checkbox"/> Garde retirée <input type="checkbox"/> Avec droits d'accès <input type="checkbox"/> Sans droit d'accès	Lieu de résidence <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur (Précisez le lien avec l'enfant) _____ <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) _____



Demande de services

Provenance de la référence

- Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)
 CISSSO - Programme SIPPE
 CISSSO – Autre programme (Précisez) _____
 Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence
 Organisme communautaire (Précisez) _____
 Auto-référence
 Autres (précisez) : _____

Intervenant(e) référant(e) (si applicable)

Nom et prénom :

N° de téléphone (Bureau) :

N° de téléphone (Cellulaire) :

Courriel :

Autres intervenant(e)s impliqué(e)s (si applicable)

Nom et prénom	Titre professionnel	Organisme	N° de téléphone et/ou courriel

Signature de la cliente

signature de l'intervenant(e) référant(e)

Signature de la Directrice générale

Date

Date

Date de réception de la demande :

Veuillez s.v.p. parvenir votre demande par courriel à info@espoirrosalie.org ou par fax au 819-243-7648.

Pour plus d'informations sur nos services veuillez consulter notre site internet au www.espoirrosalie.org ou nous contacter au 819-243-7663.

Nous assurons un premier contact téléphonique dans les 4 jours ouvrables suivant la réception de la demande