

## 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 avoir 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 :	
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 :			

### Contexte de la référence

**Résumé de la situation actuelle :**

---



---



---



---

**Enjeux vécus par la famille :**

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

**Besoins de la participante :**

- Développement des habiletés parentales
- Croissance personnelle
- Briser l'isolement
- Répit
- Soutien dans les démarches
- Soutien aux difficultés conjugales et familiales
- Autres : \_\_\_\_\_

## Demande de services

Renseignements généraux enfant		
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b> (___/___/___)	<b>Langue(s) parlée(s) :</b> <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : _____	<b>Pays de naissance :</b> <input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Situation de garde</b> <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	<b>Lieu de résidence</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille de proximité <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucun service de garde <input type="checkbox"/> En service de garde – Milieu familial <input type="checkbox"/> En service de garde – CPE <input type="checkbox"/> École – Niveau primaire <input type="checkbox"/> École – Niveau secondaire <input type="checkbox"/> Autres : _____

Renseignements généraux enfant		
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b> (___/___/___)	<b>Langue(s) parlée(s) :</b> <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : _____	<b>Pays de naissance :</b> <input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Situation de garde</b> <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	<b>Lieu de résidence</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille de proximité <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucun service de garde <input type="checkbox"/> En service de garde – Milieu familial <input type="checkbox"/> En service de garde – CPE <input type="checkbox"/> École – Niveau primaire <input type="checkbox"/> École – Niveau secondaire <input type="checkbox"/> Autres : _____

Renseignements généraux enfant		
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b> (___/___/___)	<b>Langue(s) parlée(s) :</b> <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : _____	<b>Pays de naissance :</b> <input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Situation de garde</b> <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	<b>Lieu de résidence</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille de proximité <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucun service de garde <input type="checkbox"/> En service de garde – Milieu familial <input type="checkbox"/> En service de garde – CPE <input type="checkbox"/> École – Niveau primaire <input type="checkbox"/> École – Niveau secondaire <input type="checkbox"/> Autres : _____

**\*Veuillez ajouter une feuille au besoin. S.V.P vous assurer d'inscrire les informations pour tous les enfants de la famille, même si ne fréquenteront pas les services d'Espoir Rosalie.**

## Demande de services

Provenance de la référence			
<input type="checkbox"/> Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) <input type="checkbox"/> PAPFC2 <input type="checkbox"/> Programme SIPPE <input type="checkbox"/> Programme JED <input type="checkbox"/> CISSSO – Autre programme: _____ <input type="checkbox"/> Maison d’hébergement pour femmes victimes de violence : _____ <input type="checkbox"/> Organisme communautaire : _____ <input type="checkbox"/> Auto-référence <input type="checkbox"/> Autres : _____			
Intervenant(e) référant(e) (si applicable)			
Veuillez s.v.p. compléter l’annexe A (Autorisation de communiquer des renseignements confidentiels) du présent document			
Nom et prénom :		Titre professionnel :	
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 participante		Signature de l’intervenant(e) référent (e)	
Date : (___/___/___)		Date : (___/___/___)	
Date de réception de la demande : (___/___/___)		Signature de la coordonnatrice :	

Veuillez s.v.p. parvenir votre demande par courriel à [info@espoirrosalie.org](mailto:info@espoirrosalie.org) ou par fax au 819-243-7648.

Pour plus d’informations sur nos services, vous pouvez consulter  
notre site internet au [www.espoirrosalie.org](http://www.espoirrosalie.org) ou nous contacter au 819-243-7663.

Considérant la demande croissante pour nos services, il est possible que nous devions tenir une liste d’attente. Les participantes inscrites sur la liste d’attente seront informées du délai d’attente approximatif dès la réception de la demande de services.



## Demande de services

### ANNEXE A

#### Formulaire d'autorisation – Divulgarion de renseignements personnels et confidentiels

1. AUTORISATION		
Je,		
_____	_____	
Prénom	Nom	
autorise <i>Espoir Rosalie</i> à fournir et à recevoir des renseignements me concernant auprès de:		
Nom de la personne :	<b>OU</b>	Nom de l'institution :
_____		_____
<input type="checkbox"/> Je comprends que ces renseignements peuvent être de nature personnelle et peuvent me concerner, ainsi que mes enfants.		
<input type="checkbox"/> Je comprends les fins pour lesquelles les présents renseignements personnels seront divulgués à la personne ou l'institution susmentionnée.		
<input type="checkbox"/> Je confirme que ce consentement ne m'a pas été imposé.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que ce consentement sera valide à compter de la date de signature de ce formulaire, et ce jusqu'au terme de mon suivi à Espoir Rosalie, à moins d'une révocation écrite de ma part (voir formulaire de révocation.)		
En foi de quoi, les parties ont signé le présent document		
_____	_____	
Signature de la participante	Date (AAAA-MM-JJ)	
_____	_____	
Nom et fonction du témoin à la signature	Signature du témoin	



# Demande de services

## ANNEXE B

### Programme Fleurir avec mon enfant

\* Cette annexe doit être complétée uniquement si la mère souhaite participer à programme de développement des habiletés parentales

Modalités de participation au groupe		
Type de programme	Format	Horaire
<input type="checkbox"/> Programme complet (3 modules / 28 semaines) <input type="checkbox"/> Programme partiel (1 ou 2 modules) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Module A : Comprendre mon enfant (9 ateliers)</li> <li><input type="checkbox"/> Module B : Lien d'attachement (9 ateliers)</li> <li><input type="checkbox"/> Module C : Éducation bienveillante (10 ateliers)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Format long (1 atelier de 2h30/semaine) <input type="checkbox"/> Format condensé (2 à 3 ateliers de 2h30/semaine)	<input type="checkbox"/> Jour (horaire variable selon le module) <input type="checkbox"/> Soir (Jeudi de 17h30 à 20h) *Veuillez noter que le programme de soir est offert uniquement en format long

#### Traitement de la demande

Veuillez s.v.p. nous faire parvenir votre demande par courriel à [info@espoirrosalie.org](mailto:info@espoirrosalie.org).

Les participantes ainsi que l'intervenant(e) référent(e) seront contacté(e)s rapidement suite à la réception de la demande de services afin d'être informés de la date de début des ateliers. Espoir Rosalie offre de nouvelles disponibilités de groupes dans un délai maximum de 8 à 10 semaines.

\*Veuillez noter que pour participer au programme *Fleurir avec mon enfant*, la participante doit être en mesure de comprendre et de s'exprimer suffisamment bien en français.

#### Engagement de participation

Au début de chaque module, la participante sera invitée à signer un formulaire d'engagement quant à sa participation au programme (retards, absences, manque d'engagement dans les ateliers.)

Les participantes ayant manqué 3 ateliers, sans motifs valables, seront retirées du groupe pour toute la durée restante du module.

#### Suivi et rétroactions offertes

La participante sera rencontrée individuellement après avoir complété la moitié des ateliers du module afin que l'intervenante responsable puisse lui partager ses observations quant à sa participation et son engagement au sein du programme.

L'intervenante responsable du groupe assurera un contact avec l'intervenant(e) référent(e) à la mi-parcours et à la fin du programme afin de lui partager ses observations quant au cheminement de la participante. Des contacts ponctuels pourraient être effectués en cas de situation particulière.

La participante recevra un certificat d'attestation pour chaque module qu'elle aura complété. À la demande de la participante ou de l'intervenant(e) référent(e), Espoir Rosalie pourra fournir une lettre incluant la liste des ateliers complétés ainsi qu'un bref résumé des observations, constats et recommandations de l'intervenante quant au cheminement de la participante.