|  |  |
| --- | --- |
| H:\COMM\SSC 70 Public Communications\Graphics Logos + Photos\Logos\TBDSSAB-Logo--replacments\TBDSSAB-Logo-Vertical-RGB.jpg | AIGUILLAGE RELATIVEMENT AUX BESOINS PARTICULIERS ET SOCIAUX – DEMANDE DE PLACE SUBVENTIONNÉE DANS UNE GARDERIE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Ce formulaire doit être rempli par une* ***professionnelle ou un professionnel de la santé ou des services sociaux*** *qui intervient à l'heure actuelle auprès du ménage. Les renseignements fournis serviront à déterminer l’admissibilité à une place subventionnée des familles dont les parents ne travaillent pas ou ne sont pas actuellement aux études.*  ***Un enfant ayant des besoins particuliers s'entend*** *d'un enfant souffrant d’une déficience physique ou mentale qui se poursuivra vraisemblablement pendant une longue période et qui fait en sorte que l’enfant dispose d’une capacité restreinte pour exercer toutes les activités de la vie courante, comme en font foi les conclusions objectives d’examens psychologiques ou médicaux. La présente définition s'applique également à l'enfant ayant une déficience intellectuelle.*  ***Mises à jour :*** *il est obligatoire de procéder annuellement à une mise à jour des renseignements concernant l’aiguillage relatif aux besoins particuliers et sociaux, sauf si l'enfant a des besoins particuliers diagnostiqués. Dans un tel cas, la mise à jour n’est pas exigée.*  **Toutes les parties de la demande doivent être dûment remplies pour que celle-ci soit examinée aux fins d'approbation** | | | |
| **Renseignements sur le demandeur** | | | |
| Nom complet du parent, de la tutrice ou du tuteur  1) | Adresse | | No(s) de téléphone |
| 2) |  | |  |
| Nom complet de l’enfant | Date de naissance (J/M/A) | | |
| Nom complet de l’enfant | Date de naissance (J/M/A) | | |
| La famille a-t-elle réservé une place dans une garderie?  Oui  Non  1) Nom de la garderie :  Si la famille n’a pas réservé une place, veuillez l’informer de se rendre à l’adresse [www.thunderbaychildcare.ca](http://www.thunderbaychildcare.ca) pour inscrire son nom sur la liste d’attente de la ou des garderies de son choix. | | | |
| Quand la famille aura-t-elle besoin des services de garde d'enfants?  Date de début : Date de fin : | | Journées complètes  Demi-journées  Lun  Mar  Mer  Jeu  Ven | |
| **A-t-on diagnostiqué des besoins particuliers chez l’enfant?** (par ex., autisme, infirmité motrice cérébrale, TDAH, syndrome de Down, etc.)  Oui  Non **Si oui, veuillez joindre une copie de l’évaluation**  Veuillez préciser : | | | |
| **Raison de l’aiguillage :** quelle est la situation de l’enfant ou de la famille, et dans quelle mesure la fréquentation d’une garderie sera-t-elle bénéfique pour l’enfant ou le parent, ou pour les deux à la fois? | | | |
| **Quels sont les besoins particuliers de cet enfant?** (Veuillez joindre les rapports d’examens médicaux et de tiers disponibles et indiquer les autres services auxquels les parents ou les personnes responsables de l'enfant ont accès à l'heure actuelle.) | | | |

|  |
| --- |
| **Plan de traitement :** à quels services, traitements et ressources les parents et l’enfant ont-ils actuellement accès? |
| **Soutien amélioré en matière de programme :** est-ce que cet enfant aura besoin d’un soutien amélioré en matière de programme (soutien personnalisé) pour prendre part au programme de garde d’enfants? |
| **Continuum du plan de soins :** décrivez votre plan d’intervention et de gestion de cas continus auprès de cette famille. |
| **Veuillez indiquer les ressources communautaires que vous avez examinées pour cette famille.**  Centre pour enfants George Jeffrey Centre des enfants de Thunder Bay  Bureau de santé :Services de communications en éducation préscolaire  Société d’aide à l’enfance Bébés en santé, enfants en santé  Dilico Partir de plain-pied (Fair Start)  Wesway Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom de l’organisme faisant l’aiguillage No de tél. de la personne-ressource No de télécopieur  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom de la personne-ressource (en lettres moulées) Signature de la personne-ressource Date |
| **CONSENTEMENT À LA DIVULGATION et À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS (à remplir par le parent, la tutrice ou le tuteur)** |
| Je consens/Nous consentons à la collecte et à l’utilisation des renseignements personnels se rapportant à l’enfant susnommé par les programmes de garde d’enfants, les fournisseurs de services de garde d'enfants en milieu familial, les organismes faisant l'aiguillage, la Division des services à l'enfance du Conseil d’administration des services sociaux du district de Thunder Bay et les ministères assurant le financement et la prestation de ressources et de services, ainsi qu’à la divulgation de ces renseignements à ces derniers.  Je/nous \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conformément  nom du ou des parents/du ou des tuteurs  aux paragraphes 31 (a) et 31 (b) de la *Loi sur l’accès à l’information municipale et la protection de la vie privée*,  donne/donnons l’autorisation et l’ordre, par la présente, à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nom de l’organisme  de divulguer aux Services à l'enfance du Conseil d'administration des services sociaux du district de Thunder Bay les renseignements demandés par ces derniers.  Les personnes ou organismes qui suivent ne doivent pas être inclus :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent/tuteur Lien avec l’enfant Date  \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du parent/tuteur Lien avec l’enfant Date |

|  |
| --- |
| Veuillez envoyer **TOUS** les formulaires d’aiguillage par télécopieur au service central de réception des demandes:  807 345-7921  Pour les programmes de garde d’enfants de:  Geraldton, Longlac, Manitouwadge, Marathon, Nakina, Nipigon,  Schreiber, Terrace Bay, Thunder Bay |