

CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE NOUVELLE FAMILLE

NOM DE L'ENFANT		NOM				PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE		AN	MOIS		JOUR		ÂGE CHRONOLOGIQUE	
DIAGNOSTIC(S) [si connu(s)]								
ÉCOLE ou GARDERIE		NOM						
		ADRESSE						
AGENCE/PERSONNE QUI RÉFÈRE À L'ORGANISME		NOM						
		TITRE						
PÉDIATRE		NOM						
		TÉL.						
N° ASSURANCE MALADIE								
N° AUTRE ASSURANCE (PRIVÉE)								

LES PARENTS (TUTEURS)

MÈRE(TUTRICE)					PÈRE(TUTEUR)			
LANGUES TRÈS BIENCOMPRISSES		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			LANGUES TRÈS BIENCOMPRISSES		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
OCCUPATION				OCCUPATION				
TÉL. DOMICILE				TÉL. DOMICILE				
TÉL. BUREAU				TÉL. BUREAU				
CELLULAIRE				CELLULAIRE				
ADRESSE					ADRESSE			
ADRESSE COURRIEL				ADRESSE COURRIEL				

Section administrative pour usage interne seulement ATTENTE _____ RAPPORT(S) CQ BQ FRAIS TRAITÉS

Accès au PPP (ergothérapie, orthophonie, formation, etc. par ordre entendue à la rencontre) : 1- _____

Référez à (nom et titre)

2- _____
Référez à (nom et titre)

3- _____
Référez à (nom et titre)

4- _____
Référez à (nom et titre)

Fréquence suggérée des visites par ressource: 1- _____ / an 2- _____ / an 3- _____ / an 4- _____ / an

DEMANDE REÇUE	AAAA-MM-JJ	FRAIS TRAITÉS	AAAA-MM-JJ	1 ^{ère} RÉFÉRENCE	AAAA-MM-JJ (précisez laquelle)	SUIVI-SONDAGE	AAAA-MM-JJ
------------------	------------	------------------	------------	----------------------------	--------------------------------	---------------	------------



CONFIDENTIEL

NOUVELLE FAMILLE (SUITE)

Cohabitation de mon enfant avec (veuillez préciser le nombre par catégorie) :

Sœur(s) : _____ (âge(s) : _____) Frère(s) : _____ (âge(s) : _____) Parent(s) : _____

Animal(aux) et type(s) :

Participation de mon enfant à d'autres programmes (ex. «Gym et eau», thérapie, sports, etc.):

Premier(s) mot(s) de mon enfant ou pas encore :

À quel âge? _____

Premiers pas de mon enfant ou pas encore :

À quel âge? _____

Langue(s) principale(s) parlée(s) : Domicile : _____ Garderie ou école : _____

Allergies de mon enfant :

Médicaments passés ou actuels de mon enfant (veuillez préciser leur nom):

Présentement: _____

Dans le passé: _____

Habiléts et forces de mon enfant (veuillez les décrire et ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis):

Choses préférées de mon enfant (veuillez donner des exemples d'activités, d'objets, de jeux, de nourriture, etc. Ajoutez une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis):

CONFIDENTIEL

NOUVELLE FAMILLE (SUITE)

Faiblesses de mon enfant (veuillez les décrire et ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis) :

Comportements de mon enfant agressifs ou violents avec soi-même ou d'autres personnes (veuillez les décrire et ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis) :

Hospitalisations, maladies ou autres histoires médicales à la naissance ou dans la vie de mon enfant (veuillez les décrire et ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis) :

Service(s) passé(s) ou actuel(s) reçus par mon enfant : (cochez TOUTES les cases applicables)

Présentement : ergothérapie orthophonie physiothérapie psychologie
 psychoéducation orthopédagogie autre (veuillez préciser) : _____

Dans le passé : ergothérapie orthophonie physiothérapie psychologie
 psychoéducation orthopédagogie autre (veuillez préciser) : _____

Type(s) de service(s) dont mon enfant aurait probablement besoin : (cochez UNE SEULE case)

Je ne sais pas Probablement ceux-ci : (veuillez le(s) décrire et ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis) :



BOURGEONS EN ÉCLAT

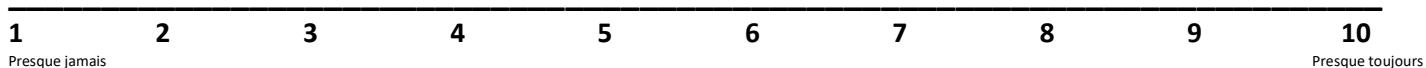
CONFIDENTIEL

NOUVELLE FAMILLE (SUITE)

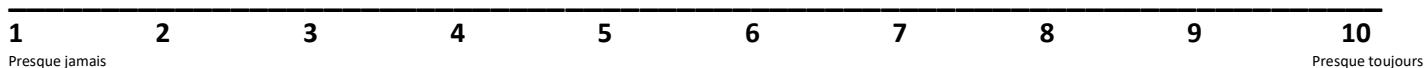
Souhaits pour mon enfant et ma famille (veuillez ajouter une feuille supplémentaire si plus d'espace est requis) :

Sur la ligne de 1 à 10, tracez **UN SEUL X** sur la fréquence la plus représentative de :

Stress vécu par notre famille



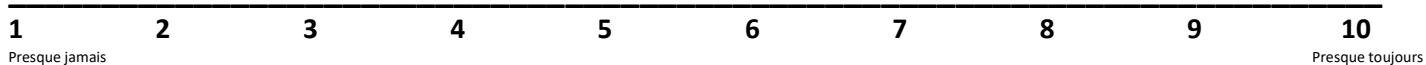
Sentiment d'**espoir** vécu par notre famille



Sentiment d'autonomisation (*d'empowerment*) vécu par notre famille



Sentiment d'être aidé vécu par notre famille



Lieux possibles pour le suivi de mon enfant (cochez **TOUS** les champs qui s'appliquent) :

- à domicile dans une clinique (l'adresse sera confirmée par le partenaire du réseau à qui nous vous référerons)
 à la garderie ou à l'école (précisez l'adresse) :

N.B. : Plus vous serez flexible concernant l'horaire et le lieu des visites, plus rapidement votre enfant recevra un service spécialisé.

Probabilité de la nécessité de recevoir une subvention supplémentaire pour notre famille (cochez UNE SEULE case) :

- dès maintenant au cours des trois prochains mois dans plus de trois mois
 autre (veuillez préciser) :

Nom(s) de la(des) personne(s) qui a(ont) rempli ce questionnaire :

CONFIDENTIEL

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

NOM DE L'ENFANT: _____

Notre politique de confidentialité

Diverses lois existent concernant la collecte et l'utilisation de renseignements personnels. Nous (Bourgeons en Éclat) devons vous aviser de ce qui suit :

- 1) Lorsque vous ouvrez un dossier chez nous, nous recueillons, de vous et de tierces parties, des informations sur vous, votre famille et/ou votre enfant (informations personnelles) que nous gardons à votre dossier. Seulement des employés ou agents de Bourgeons en Éclat (par exemple, des professionnels médicaux et de la santé qui font parties de notre réseau de partenaires) qui doivent consulter votre dossier pour exercer leurs fonctions y auront accès. Nous utilisons vos informations personnelles pour :
 - déterminer votre admissibilité à recevoir nos services ;
 - identifier quels services sont appropriés à vos besoins, selon les ressources de votre famille, ainsi que la disponibilité des ressources d'aide dans votre région géographique ;
 - partager ces informations auprès des partenaires du réseau et des ressources d'aide qui sont assignés à votre famille ;
 - nous aider à vous fournir les services demandés.
- 2) Nous pourrions devoir contacter des tierces parties, avec votre acquiescement, (par exemple votre médecin ou tout autre thérapeute) pour compléter l'information à votre dossier ;
- 3) Nous pourrions, occasionnellement, devoir partager vos informations personnelles avec de tierces parties (qui ne font pas parties de notre réseau de partenaires) afin qu'elles puissent exercer le mandat qui leur est confié. Votre consentement sera requis avant le partage.
- 4) Bourgeons en Éclat s'engage à ne recueillir et à n'utiliser vos renseignements personnels que dans les limites de la description ci-haut, de les garder en toute sécurité et que pour le temps où vous faites affaires avec nous.

Je confirme comprendre et accepter la politique de confidentialité.

SIGNATURE DE LA MÈRE (TUTRICE)		DATE	
SIGNATURE DU PÈRE (TUTEUR)		DATE	

CONFIDENTIEL

POLITIQUE DE CONSULTATION

NOM DE L'ENFANT: _____

Notre politique de consultation

Selon la Politique de confidentialité et pour traiter votre demande, nous (Bourgeons en Éclat) vous demandons votre permission de transmettre les formulaires complétés de famille et de bourse aux partenaires du réseau ou aux ressources d'aide de Bourgeons en Éclat, à qui votre enfant ou votre famille est référencé(e).

- 1) Le questionnaire de famille (CQ) est transmis à des partenaires du réseau ou des ressources d'aide pouvant soutenir mon enfant ou ma famille en fournissant un service spécialisé, une formation ou une aide financière.
- 2) Le formulaire de bourse est seulement transmis à des partenaires pouvant informer ou soutenir votre famille financièrement.

Je confirme comprendre et accepter la politique de consultation.

SIGNATURE DE LA MÈRE (TUTRICE)		DATE	
SIGNATURE DU PÈRE (TUTEUR)		DATE	

N.B. : L'autorisation écrite et la signature des deux parents ou tuteurs sont fortement encouragées pour traiter votre demande.

POLITIQUE DE RECEVOIR DE L'INFORMATION

NOM DE L'ENFANT : _____

Notre politique de recevoir de l'information

Bourgeons en Éclat offre non seulement l'accès rapide à un **service spécialisé**, mais également un service d'information aux familles concernant les formations, des nouvelles et des événements pour le bien-être des enfants.

- 1) Nous (Bourgeons en Éclat) vous demandons ainsi votre permission d'ajouter vos coordonnées à la liste d'envoi pour que nous puissions vous offrir ce service additionnel.
- 2) Notez que votre nom et vos coordonnées demeureront confidentiels et qu'ils ne seront pas partagés avec qui

CONFIDENTIEL

que ce soit sans votre permission écrite.

- 3) Notez que vous pouvez nous demander de retirer votre nom de la liste en tout temps en nous écrivant un courriel.

I, the undersigned, hereby acknowledge that I have read and understood the consent to share policy.

Cochez **UNE SEULE** case par personne.

MÈRE (tutrice)		PÈRE (tuteur)	
<input type="checkbox"/> Non (passez à la signature et à la date) <input type="checkbox"/> Oui (précisez votre adresse courriel dans la case ci-dessous)		<input type="checkbox"/> Non (passez à la signature et à la date) <input type="checkbox"/> Oui (précisez votre adresse courriel dans la case ci-dessous)	
Adresse courriel	<input type="checkbox"/> La même que celle indiquée à la page 1	Adresse courriel	<input type="checkbox"/> La même que celle indiquée à la page 1
Autre adresse courriel		Autre adresse courriel	
Signature		Signature	
Date		Date	

Enfin, prenez note que nous (Bourgeons en Éclat) pourrions vous rejoindre après que vous avez été référencés, afin d'assurer la qualité de l'accès au **service spécialisé**, ainsi que du service lui-même. Mon opinion est importante pour Bourgeons en Éclat.

S'il vous plaît passez à la dernière page.

CONFIDENTIEL

Veuillez accompagner ce questionnaire des trois éléments suivants :

- Tous les rapports médicaux, éducatifs et scolaires des 12 derniers mois;
- Le formulaire Financement santé – Demande de bourse;
- Un chèque couvrant les frais administratifs, selon l'option choisie (voir formulaire Financement santé – Demande de bourse). La portion des frais administratifs vous sont demandés qu'une **SEULE FOIS** puisqu'ils servent à l'ouverture du dossier, l'analyse des besoins et ressources de votre enfant et votre famille, ainsi qu'à vous référer à un partenaire du réseau dans votre région géographique.

Veuillez libeller le chèque à l'ordre de Bourgeons en Éclat.

Si votre famille n'est pas admissible à nos services, la portion des frais administratifs ne vous seront pas facturés. Toutefois, si votre famille est admissible à nos services, notre promesse est d'offrir à votre enfant ou votre famille **l'accès à un service spécialisé** en moins de deux mois suivant la date du traitement des éléments précédemment décrits.

IMPORTANT ! Veuillez retourner le questionnaire original rempli (**les copies ne seront pas acceptées**), accompagné des trois éléments mentionnés ci-dessus, à :

A/s Abby Kleinberg-Bassel pour Bourgeons en Éclat
5250, rue Ferrier, suite 801
Montréal (Québec) H4P 1L4

Nous créons un **Canada** où chaque famille vivant avec des besoins particuliers reçoit de l'aide dès aujourd'hui, depuis 2011.

Un départ gagnant pour chaque famille ©