

Demande de services (recto verso)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

2e contact

Date : _____

Nom :

Nom complet : _____

Relation :

Âge : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj): _____/_____/_____

Téléphone :

Adresse : _____ Ville : _____

Courriel : _____ Code postal : _____

Maison : _____ # Cellulaire : _____

- **Est-ce que tu es aux études?** Oui Non
Si oui, où étudies-tu? _____
Si non, planifies-tu retourner aux études? Oui Non Quand? _____
- **Numéro d'assurance sociale :** _____
- **Je parle bien et j'ai une bonne compréhension de l'anglais :**
Lu : Oui Non Écrit : Oui Non Parlé : Oui Non BENCHMARK _____
- **Est-ce que tu reçois présentement, ou dans les derniers 5 ans, de l'assurance chômage?** Oui Non
- **Membre de minorité visible?** Oui Non **As-tu déjà travaillé au Canada?** Oui Non
- **As-tu déjà fait partie d'un programme tel que Premier Choix?** Oui Non
- **Est-ce que tu t'identifies comme une personne ayant une incapacité qui restreint tes activités quotidiennes?** Oui Non Si oui, quelle est ta restriction? _____
- **Comment as-tu entendu parler de Premier Choix?** _____
- **Statut de citoyenneté :**
Canadien(ne) : Oui Non Réfugié(e) : Oui Non Résident(e) permanent(e) : Oui Non
Pays natal : _____ # de résidence permanente : _____

(À L'USAGE DE PREMIER CHOIX SEULEMENT) Résultats du client

Personne admissible via les qualifications de Premier Choix?

OUI NON Si non, raison : _____

NAS : envoyé pour vérification? Oui Non Date envoyé : _____

NAS : approuvé par Service Canada? Oui Non Date reçu : _____

DESTINATION EMPLOI

EMPLOI POUR TOUS

SERVICES ADAPTÉS

DÉCISION :

NOTES :

Si vous avez un de ces défis, veuillez cocher ci-dessous :

Anxiété <i>Anxiety</i>		Malentendant/sourd <i>Hard of hearing/deaf</i>		Syndrome de Down <i>Down Syndrome</i>	
Autisme/Syndrome d'Asperger <i>Autism/Asperger's</i>		Perte de vision/aveugle <i>Vision loss/blind</i>		Trouble de stress post-traumatique <i>Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)</i>	
Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (DA/DAH) <i>Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder (ADD/ADHD)</i>		Peurs/phobias <i>Fears/phobias</i> Précisez/Specify : -----		Syndrome de Tourette <i>Tourette Syndrome</i>	
Dépression <i>Depression</i>		Quotient intellectuel limité (<80 Q.I.) <i>Borderline I.Q. (<80)</i>		Trouble de la parole/défaut d'élocution <i>Speech impairment/impediment</i>	
Dyslexie <i>Dyslexia</i>		Schizophrénie <i>Schizophrenia</i>		Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) <i>Obsessive Compulsive Disorder (OCD)</i>	
Épilepsie <i>Epilepsy</i>		Syndrome d'alcoolisme fœtale (SAF) <i>Fœtal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)</i>		Problèmes de santé mentale <i>Mental health issues</i> Précisez/Specify : -----	
Difficultés d'apprentissage <i>Learning difficulties</i> Précisez/Specify: -----		Handicap intellectuel <i>Intellectual disability</i> Précisez/Specify: -----		Handicap physique <i>Physical disability</i> Précisez/Specify: -----	

Demande de services

Comment faire une demande de services :

- 1) Complétez les deux côtés du formulaire de demande de services.
- 2) Photocopiez* votre numéro d'assurance sociale (NAS) et UNE (1) pièce d'identité (ex. permis de conduire, carte d'immatriculation/carte de santé Manitoba, carte de résidence permanente, etc.)
- 3) Remettez le formulaire et les documents demandés à Premier Choix par un des moyens suivants :

En personne ou par la poste

CDEM – Premier Choix
200-614, rue des Meurons (deuxième étage)
Winnipeg (Manitoba)
R2H 2P9

Par courriel**

Salimata Soro (Coordinatrice de Premier Choix)
info@premierchoix.org

Par télécopieur**

204 237-4618
« ATTN : Premier Choix »

*Les services de photocopie pour le NAS et la pièce d'identité sont offerts au bureau de Premier Choix pour les personnes souhaitant faire une demande de services.

** Nous vous conseillons de remplir le formulaire et de nous l'envoyer par courriel ou par télécopieur. Cependant, pour des raisons de confidentialité, veuillez nous envoyer par la poste les copies de votre numéro d'assurance social (NAS) et votre pièce d'identité.