

Child/Youth/Client User Information Renseignements sur l'enfant / le jeune / le client		
Child/Youth/Client Name <i>Nom de l'enfant / le jeune / le client</i> Click or tap here to enter text.		Gender/Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Date of Birth (mm/dd/yyyy) <i>Date de naissance (mm/jj/aaaa)</i> Click or tap to enter a date.	MPC Health Care Card Number <i>Numéro de carte d'assurance-maladie des MCP</i> Click or tap here to enter text.	
Parent / Legal Guardian Name (if applicable) <i>Nom du parent ou du tuteur légal (le cas échéant)</i> Click or tap here to enter text.		Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <i>Langue de préférence Anglais Français</i>
Email Address <i>Adresse de courriel</i> Click or tap here to enter text.	Cell Phone Number <i>N° de tél. cellulaire</i> Click or tap here to enter text.	Home Phone Number <i>N° de tél. à la maison</i> Click or tap here to enter text.
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box <i>Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale</i> Click or tap here to enter text.		
City/Town/Village <i>Ville, collectivité ou village</i> Click or tap here to enter text.	Province/Territory <i>Province ou territoire</i> Click or tap here to enter text.	Postal Code <i>Code Postal</i> Click or tap here to enter text.
Referral Source Information Renseignements sur la source de la recommandation		
Referral Source Name & Title <i>Nom et titre de la source de la recommandation</i> Click or tap here to enter text.		
Health Region Régie de la santé		
Check one Cocher une réponse	<input type="checkbox"/> Mental Health and Addictions <i>Santé mentale et lutte contre la toxicomanie</i> <input type="checkbox"/> School-Teacher/Guidance Counsellor <i>École - enseignant/conseiller en orientation</i> <input type="checkbox"/> Child Youth Family Services <i>Services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille</i> <input type="checkbox"/> Nurse <i>Infirmière</i> <input type="checkbox"/> Physician <i>Médecin</i> <input type="checkbox"/> Psychologist <i>Psychologue</i> <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i>	Health Region Régie de la santé <input type="checkbox"/> Eastern Est <input type="checkbox"/> Central Centre <input type="checkbox"/> Western Ouest <input type="checkbox"/> Labrador-Grenfell <i>Labrador-Grenfell</i>
Phone number <i>N° de tél.</i> Click or tap here to enter text.	Email Address <i>Adresse de courriel</i> Click or tap here to enter text.	
Mailing Address (must be provided) Apt, Street Number and Name, P.O. Box <i>Adresse postale (obligatoire) Numéro et rue, appartement, boîte postale</i> Click or tap here to enter text.		
City/Town/Village <i>Ville, collectivité ou village</i> Click or tap here to enter text.	Province/Territory <i>Province ou territoire</i> Click or tap here to enter text.	Postal Code <i>Code postal</i> Click or tap here to enter text.
Main Presenting Concern Préoccupation principale énoncée		
<input type="checkbox"/> Behaviour (3-12 yrs) <i>Comportement (3 à 12 ans)</i> <input type="checkbox"/> Anxiety (6-17 yrs) <i>Anxiété (6 à 17 ans)</i> <input type="checkbox"/> Night time bed wetting (5-12 yrs) <i>Énurésie nocturne (5 à 12 ans)</i> <input type="checkbox"/> ICAN (18+) <i>Programme ICAN (à partir de 18 ans)</i>		
Additional information about the family Renseignements complémentaires sur la famille		
<input type="checkbox"/> Military Family <i>Famille de militaires</i> Click or tap here to enter text. <input type="checkbox"/> Family/custody concerns <i>Préoccupations relatives à la famille ou à la garde</i> Click or tap here to enter text. <input type="checkbox"/> Other <i>Autre</i> Click or tap here to enter text.		
Criteria/Critères	SEND Envoyer	DO NOT Send NE PAS envoyer
Behaviour Program (ages 3-12) <i>Programme sur le comportement (3 à 12 ans)</i>	✓	
Anxiety Program (ages 6-17) <i>Programme sur l'anxiété (6 à 17 ans)</i>	✓	
Night time Bedwetting (ages 5-12) <i>Énurésie nocturne (5 à 12 ans)</i>	✓	
Significant symptoms ≥ 6 months <i>Symptômes significatifs ≥ 6 mois</i> AND AINSI QUE	✓	
Significant impairment (child/youth or parent/family) <i>Déficiance importante (Enfant/jeune ou parent/famille)</i>		
Can commit to weekly phone sessions over the next 4-5 months <i>Possibilité de s'engager à des séances téléphoniques hebdomadaires au cours des 4 à 5 prochains mois</i>	✓	
Active psychosis or primary depression <i>Psychose active ou dépression primaire</i>		✗
Imminent risk of harm to self/others and/or active suicidal thoughts <i>Risque imminent d'atteinte à l'intégrité physique personnelle ou d'autrui ou pensées suicidaires constantes</i>		✗
Past suicide attempt(s) <i>Tentative(s) de suicide antérieure(s)</i>		✗
Substance use (causing significant impairment) <i>Consommation de stupéfiants (susceptibles d'occasionner une déficiance importante)</i>		✗

Some exceptions may be applicable. You can communicate any referral questions to Naomi LeBlanc, Evaluation and Bilingual Services Manager (nleblanc@strongestfamilies.com). Children who are at imminent risk or have significant cognitive impairment would not fit SFI's entrance criteria. *Il peut y avoir quelques exceptions. Vous pouvez communiquer toute question sur l'aiguillage à Naomi LeBlanc, gestionnaire des services bilingues et de l'évaluation (nleblanc@strongestfamilies.com). Les enfants très vulnérables ou qui souffrent d'une déficiance cognitive importante ne remplissent pas les critères d'admission du ISF.*

1-866-470-7111 press 1 | info@strongestfamilies.com | www.strongestfamilies.com