



Phone Intake Form – Confidential

Date:	Conducted by:		
Applicants name:			
Date of birth:	Gender:	Male	Female
Languages:			
What is your diagnosis?			
Last permanent address:	Length of stay at this address:		
Phone number(s):			
How did you hear about Our Harbour?			
Referral contact information:	Name: Phone Number: Email:		
What other services have you been working with?			
History of violence?	Yes	No	
Alcohol / substance abuse history?	Yes	No	If yes, when? For how long? Treatment?
Do you have a regular doctor?	Yes	No	Name / Contact Info:
Do you have a social worker?	Yes	No	Name / Contact Info:
Do you have an up-to-date Individual Service Plan?	Yes	No	Requested? Yes No
Do you have an up-to-date psycho-social?	Yes	No	Requested? Yes No

Comments / follow-up:



Formulaire d'Admission Téléphonique – Confidentiel

Date:	Fait par:		
Nom de l'appliquant:			
Date de naissance:	Sexe:	Homme	Femme
Langues:			
Quel est votre diagnostic?			
Dernière adresse permanente :	Durée du séjour à cette adresse :		
Numéro(s) de téléphone :			
Comment avez-vous entendu parler du Havre ?			
Référence:	Nom: Numéro de Téléphone : Courriel :		
Quels autres services avez-vous travaillé avec?			
Historique de violence?	Oui	Non	
Historique de de drogue / alcool?	Oui	Non	Si oui, quand? Combien de temps? Traitements?
Avez-vous un docteur régulier?	Oui	Non	Nom / Contact:
Avez-vous un travailleur social?	Oui	Non	Nom / Contact:
Avez-vous un Plan d'Intervention à jour?	Oui	Non	Demandé? Oui Non
Avez-vous une évaluation psycho-sociale à jour?	Oui	Non	Demandé? Oui Non

Commentaires / suivi: