Government of Northwest Territories | Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

NWT FACILITY-BASED ADDICTIONS TREATMENT APPLICATION

DEMANDE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES EN CENTRE AUX TNO

Service-user Information / Renseignements sur l'utilisateur des services

Surname (as it appears on their photo ID) Nom de famille (tel qu'indiqué sur la pièce d'identité avec photo)	Given Name(s) (as it appears on their photo ID) Prénom(s) (tel qu'indiqué sur la pièce d'identité avec photo)	Date of Birth Date de naissance

Gender Identity / Identité de genre ☐ Woman/Femme ☐ Two-spirit/Bispirituel(le) ☐ Non-binary/Non-binaire ☐ Man/Homme ☐ Prefer not to answer/Je préfère ne pas répondre.	Healthcare # / N° d'assurance-maladie Healthcare Expiry Date / Date d'exp. de la carte d'assurance-maladie
Sex at Birth / Sexe à la naissance ☐ Female/Femme ☐ Don't Know/Je ne sais pas. ☐ Intersex/Personne intersexe ☐ Male/Homme ☐ Prefer not to answer/Je préfère ne pas répondre.	Copy of Healthcare Card attached Copie de la carte d'assurance-maladie jointe ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Does the service-user have prescription drug insurance to cover medication that may be needed while in treatment? L'utilisateur des services bénéficie-t-il d'une assurance-médicaments pour couvrir les médicaments dont il pourrait avoir besoin pendant le traitement? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	What coverage plan do they have? Quel est son régime d'assurance-maladie?
Does the service-user have dental insurance to cover any dental emergencies that may arise while in treatment? L'utilisateur des services bénéficie-t-il d'une assurance dentaire pour couvrir d'éventuelles urgences dentaires pendant le traitement? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	What coverage plan do they have? Quel est son régime d'assurance-maladie?

Photo ID # (driver's licence, passport, status card, GIC, etc.) N° de la pièce d'identité avec photo (permis de conduire, passeport, carte de statut, CIG, etc.)	Photo ID Expiry Date Date d'expiration de la pièce d'identité
Copy of Photo ID attached / Copie de la carte d'identité avec photo jointe ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	Service-user Phone Number / Numéro de téléphone de l'utilisateur des services
Service-user Address / Adresse de l'utilisateur des services	Community / Collectivité

Emergency Contact Personne à contacter en cas d'urgence	Relationship to service-user Lien avec l'utilisateur des services	Emergency Contact's Phone Number Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence

Substance(s) Used (please check all those that apply) / Dépendance(s) principale(s) (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Alcohol / Alcool ☐ Cocaine, Crack / Cocaïne, crack ☐ Hallucinogens / Hallucinogènes (LSD, PCP, etc.) ☐ Gambling / Problèmes de jeux

☐ Cannabis ☐ Opiates (heroin, fentanyl, oxycodone, etc.) / Opiacés (héroïne, fentanyl, oxycodone, etc.) ☐ Amphetamines / Amphétamines

☐ Sex / Sexe ☐ Benzodiazepines / benzodiazépines ☐ Other (please list) / Autre (précisez) _____

Does the service-user have any employee benefits that provide coverage for facility-based addictions treatment programs?
L'utilisateur des services bénéficie-t-il d'avantages sociaux couvrant le Programme de traitement des dépendances en centre? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Referral Source/Case Manager Information / Renseignements sur la personne à l'origine de l'aiguillage ou sur le gestionnaire de cas

Referral Source Name Nom	Referral Source Organization Organisme	
Referral Source Job Title Titre ou fonction	Referral Source Phone Number N° de téléphone	Referral Source Email Address Adresse de courriel

*** The referral source commits to the role of case manager, follow-up and aftercare of the service-user at the time of the pre-treatment application.**
*** Au moment de la soumission de la présente demande d'admission, la personne à l'origine de l'aiguillage s'engage à agir à titre de gestionnaire de cas et à effectuer les suivis auprès de l'utilisateur des services pendant et après le traitement.**

X

Signature of Case Manager/Referral Source
Signature du gestionnaire de cas ou de la personne à l'origine de l'aiguillage

Date

Treatment Facility Information / Renseignements sur le centre de traitement résidentiel

Facility Name Nom de l'établissement		Phone Number N° de téléphone	
Intake Date Date d'admission	Program Length Durée du programme	Anticipated Exit Date Date de sortie prévue	Letter of Acceptance Attached Lettre d'acceptation ci-jointe ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Medical Travel Information / Renseignements en vue d'un déplacement pour raisons médicales

Does the service-user require detox? L'utilisateur des services a-t-il besoin de sevrage? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	If Yes, Facility Name Si oui, nom de l'établissement	Detox Intake Date Date du début du sevrage

Does the service-user require an escort? L'utilisateur des services doit-il être accompagné? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	Escort Name Nom de l'accompagnateur	Relationship to service-user Lien avec l'utilisateur des services
Escort Phone Number N° de tél. de l'accompagnateur	Escort's photo ID attached Pièce d'identité avec photo de l'accompagnateur jointe ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	Photo ID Expiry Date Date d'expiration de la pièce d'identité avec photo

If an escort is being requested, please explain why an escort is required. / Si un accompagnateur est demandé, veuillez en expliquer les raisons.

Please be as detailed as possible in this section so that medical travel arrangements are requested through the correct medical travel office and the service-user's personal information is not shared with unnecessary people. You have the right to withhold information in the following section. In doing so, the NWT DHSS Facility-based Addictions Treatment Committee will then be required to route the forms in the most appropriate manner which may include contacting more than necessary or relevant medical travel teams in order to provide service for you.
Dans cette section, donnez le plus de détails possible pour que nous puissions soumettre les dispositions relatives aux déplacements pour raisons médicales au bureau approprié et que vos renseignements personnels ne soient pas communiqués inutilement à d'autres personnes. Vous avez le droit de refuser de communiquer des renseignements demandés dans la section suivante. Dans ce cas, le Comité chargé du traitement des dépendances en centre du MSSS des TNO sera alors tenu d'acheminer les formulaires de la manière la plus appropriée pour vous fournir les services requis, notamment en communiquant avec plusieurs équipes des déplacements pour raisons médicales, au-delà de ce qui est strictement nécessaire ou pertinent.

Is medical travel available through service-user's employer? L'employeur de l'utilisateur des services couvre-t-il les déplacements pour raisons médicales? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	Name of Employer Nom de l'employeur
Is medical travel available through spouse's employer? L'employeur du conjoint ou de la conjointe couvre-t-il les déplacements pour raisons médicales? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non	Name of Employer Nom de l'employeur

Is the service-user an employee of the Government of the Northwest Territories or the Tlicho Community Services Agency? ☐ Yes / Oui
L'utilisateur de services est-il un employé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou de l'Agence de services communautaires tlicho? ☐ No / Non

Supportive Allowance

The supportive allowance is a weekly allowance of $60 that service-users can receive once they are at the facility for things such as phone cards, bus fare, toiletries, coffee, AA donations, etc.

Men attending Fresh Start do not need to request supportive allowance through this application form as this is automatically provided to all men attending the program.

Allocation de soutien

L'allocation de soutien est une allocation hebdomadaire de 60 $ à laquelle les utilisateurs des services peuvent avoir droit une fois qu'ils sont dans l'établissement pour se procurer des cartes téléphoniques, des billets d'autobus, des articles de toilette ou du café, pour verser des dons aux AA, etc.

Les hommes qui participent au programme Nouveau départ n'ont pas besoin de demander l'allocation de soutien au moyen de ce formulaire. Elle leur est automatiquement versée.

Is the service-user requesting the supportive allowance? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non
L'utilisateur des services demande-t-il l'allocation de soutien?

Service-user Consent to Treatment
Consentement de l'utilisateur des services à suivre un traitement

Your personal health information is collected under the *NWT Health Information Act* (HIA) and will not be used or disclosed, unless allowed or required by this act or any other act. This information may be used to confirm your eligibility for health services, including the status of your health card number. If you have any questions about the collection or use of the information, please contact the Manager of Strategic Programs, Mental Wellness and Addictions Recovery Division at the Department of Health and Social Services. 867-767-9061 * Health and Social Services * Government of the Northwest Territories * P.O. Box 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

I have met with my case manager for the purposes of seeking treatment in a residential treatment facility for alcohol and/or substance abuse.

I agree that I do not have any court dates or appointments that require in-person attendance during the time I will be in treatment.

I agree that I am ready and committed to complete a residential treatment program.

The information provided in this application is true and complete to the best of my knowledge.

I understand that this gives consent for the NWT DHSS Facility-based Addictions Treatment Committee to discuss former treatment courses funded through the DHSS deemed relevant to this current application with my case manager.

I understand that no other information will be released to any persons without my written consent, with the following exceptions:

1. In cases of suspected child abuse or neglect, and in the cases of current or past sexual abuse in which the offender may have present access to minor aged children.
2. When a service-user states that s/he intends to inflict bodily harm on another person.
3. When a service-user states that s/he intends to inflict bodily harm on him or herself.
4. Upon subpoena to testify in court at the direction of a judge or court order.

By signing this form I attest that I have read and understand this form and authorize my case manager and/or their clinical supervisor or manager and the NWT DHSS Facility-based Addictions Treatment Committee to release or request the above information, treatment process information and any follow up information to the applied for treatment facility, detox facility (if applicable) and medical travel by email or other means.

Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé* des TNO, et ne seront pas utilisés ni divulgués, à moins que cette Loi ou toute autre loi ne l'autorise ou ne l'oblige. Ils pourraient être utilisés pour confirmer votre admissibilité aux services de santé et pour vérifier le statut de votre dossier. Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation des renseignements, veuillez communiquer avec le gestionnaire des programmes stratégiques de la Division du mieux-être psychologique et du rétablissement des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux * 867-767- 9061 * Santé et Services sociaux * Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest * C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

J'ai rencontré mon gestionnaire de cas pour demander un traitement dans un établissement de traitement résidentiel de la dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.

J'atteste que je n'ai pas date de comparution au tribunal ou de rendez-vous qui exigent ma présence en personne pendant la période de traitement prévue.

J'atteste que je suis prêt(e) et déterminé(e) à suivre un programme de traitement résidentiel.

Les renseignements fournis dans cette demande sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Je comprends qu'en signant le présent formulaire, j'autorise le Comité chargé du traitement des dépendances en centre du MSSS des TNO à discuter avec mon gestionnaire de cas des traitements antérieurs financés par le MSSS jugés pertinents pour la présente demande.

Je comprends qu'aucun autre renseignement ne sera divulgué à quiconque sans mon consentement écrit, sauf dans les cas suivants :

1. En cas de violence ou de négligence présumée envers des enfants, et dans les cas présents ou passés de violence sexuelle, si le délinquant risque d'être en contact avec des mineurs.
2. Lorsqu'un utilisateur des services déclare son intention d'infliger des blessures à autrui.
3. Lorsqu'un utilisateur des services déclare son intention de s'infliger des blessures.
4. En cas d'assignation à témoigner devant le tribunal à la demande d'un juge ou sur ordonnance d'un tribunal.

En signant ce formulaire, j'atteste l'avoir lu et compris, et j'autorise mon gestionnaire de cas, son superviseur ou son gestionnaire clinique et le comité responsable du traitement des dépendances en centre du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO à communiquer ou à demander les renseignements susmentionnés, les renseignements sur le processus de traitement et tout renseignement de suivi à l'établissement de traitement, à l'établissement de sevrage (s'il y a lieu) et à l'établissement de soins médicaux, par courriel ou par d'autres moyens.

X _____ _____

Service-user Signature / Signature de l'utilisateur des services — Date

Treatment Recommended / Traitement recommandé

_____

Clinical Supervisor or Manager Name (please print)
Nom du superviseur clinique ou gestionnaire (en caractères d'imprimerie)

X _____ _____

Clinical Supervisor or Manager Signature / Signature du superviseur clinique ou gestionnaire — Date