



## 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 <input type="checkbox"/> Woman/Femme <input type="checkbox"/> Two-spirit/Bispirituel(le) <input type="checkbox"/> Non-binary/Non-binaire <input type="checkbox"/> Man/Homme <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Female/Femme <input type="checkbox"/> Don't Know/Je ne sais pas. <input type="checkbox"/> Intersex/Personne intersexe <input type="checkbox"/> Male/Homme <input type="checkbox"/> Prefer not to answer/Je préfère ne pas répondre.			Copy of Healthcare Card attached Copie de la carte d'assurance-maladie jointe <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Alcohol / Alcool <input type="checkbox"/> Cocaine, Crack / Cocaïne, crack <input type="checkbox"/> Hallucinogens / Hallucinogènes (LSD, PCP, etc.) <input type="checkbox"/> Gambling / Problèmes de jeux <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Opiates (heroin, fentanyl, oxycodone, etc.) / Opiacés (héroïne, fentanyl, oxycodone, etc.) <input type="checkbox"/> Amphetamines / Amphétamines <input type="checkbox"/> Sex / Sexe <input type="checkbox"/> Benzodiazepines / benzodiazépines <input type="checkbox"/> Other (please list) / Autre (précisez) _____				

**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 <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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.

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.

Is medical travel available through service-user's employer? L'employeur de l'utilisateur des services couvre-t-il les déplacements pour raisons médicales? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	Name of Employer Nom de l'employeur
Is the service-user an employee of the Government of the Northwest Territories? L'utilisateur de services est-il un employé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	

## Supportive Allowance Allocation de soutien

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.

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?

L'utilisateur des services demande-t-il l'allocation de soutien?

Yes / Oui  No / Non

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

This information is protected by the privacy provisions of the Health Information Act (HIA). 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 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.

I understand that I can withdraw this consent to exchange information at any time, and that in any event this consent will become void one year from which it was signed. In order for this release to be valid, this form must be completed and signed by the service-user and the referral source or case manager.

Ces renseignements sont protégés par les dispositions sur la protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. 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'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.

Je comprends que je peux retirer mon consentement au partage de renseignements à tout moment et qu'en tout état de cause, ce consentement deviendra caduc un an après sa signature. Afin que la divulgation soit valide, le présent formulaire doit être rempli et signé par l'utilisateur des services et par la personne à l'origine de l'aiguillage ou par le gestionnaire de cas.

X

Service-user Signature

Signature de l'utilisateur des services

Date

**Treatment Recommended**

**Traitement recommandé**

X

Clinical Supervisor or Manager Name (please print)

Nom du superviseur clinique ou gestionnaire (en caractères d'imprimerie)

X

Clinical Supervisor or Manager Signature

Date

Signature du superviseur clinique ou gestionnaire