



CENTRE WANAKI CENTRE

📍 50 Wanaki Mikan ✉ P.O. Box 37, Maniwaki (Qc) J9E 3B3
☎ 819-449-7000 📞 1-800-745-4205 📠 819-449-7832
✉ reception@wanakicentre.com 🌐 www.wanakicenter.com

ADMISSIONS: ext 4227
☎ 819-449-2007
✉ admissions@wanakicentre.com

APPLICATION SEMAINE DE MIEUX-ÊTRE PROGRAMME VIRTUEL

Mis à jour en septembre 2022

Ce formulaire d'admission contient trois (3) sections:

Section 1: Consentement éclairé

Section 2: Admission du client – Information générale

Section 3: À remplir par le client

- ❑ **ÉTAPE 1:** Le Wanaki Centre doit recevoir les sections 1 à 3 entièrement terminées avant que nous puissions procéder à l'évaluation clinique. On recommande fortement à tous les clients d'avoir un référent pour vous supporter.
- ❑ **ÉTAPE 2:** Le Centre complétera une évaluation clinique dans un délai de 7 jours ouvrables. La décision d'admission de la demande du client sera fournie par écrit au référent et au client.
- ❑ **ÉTAPE 3:** Une fois que la décision d'admission est reçue, le client et le référent devront signer et retourner le formulaire par courriel ou télécopieur dans un délai de 7 jours pour confirmer l'admission du client au programme virtuel.
- ❑ **ÉTAPE 4:** Une fois que le Centre Wanaki aura reçu le formulaire de décision d'admission signé par le client et le travailleur référent, une rencontre de pré-contact Zoom ou téléphonique sera planifiée avec le client avant le début du programme afin de fournir des renseignements supplémentaires.

Il y a quatre (4) principes à suivre:

- Respect de soi et des autres
- Honnêteté avec vous-même et les autres
- Volonté d'écouter et d'apprendre
- Ouverture à partager

Toutes les demandes envoyées au Centre Wanaki sont valables pour une durée de trois (3) mois. Si une demande dépasse trois (3) mois, une nouvelle demande devra être soumise.

Vous êtes responsable de travailler au mieux de vos capacités sur vos quatre (4) aspects:

- Physique (marche, exercice)
- Mental (être attentif pendant les ateliers, lire, apprendre des autres)
- Spirituel (purification, prière, méditation, offrande de tabac)
- Émotionnel (écrire dans votre journal, partager en cercle)



📍 @centrewanakicentre 📞 @wanakicentre 📠 @WanakiCentre

*30 years of empowering First Nations and Inuit Peoples to live a balanced lifestyle.
30 ans de parcours de guérison culturelle de qualité offert aux Premières Nations et Inuits.*



Formulaire de consentement éclairé

Wanaki est un centre de traitement PNLAADA reconnu avec plusieurs années d'expérience spécialisée dans diverses approches d'intervention. Nous apprécions notre relation avec nos clients et croyons qu'une telle relation est le phare du processus de guérison.

Nous croyons que chaque individu est unique et a sa propre façon d'aborder les problèmes de la vie. Ainsi, nous croyons en un modèle de bien-être holistique qui aide nos clients à s'autonomiser en se concentrant sur ce qui fonctionne pour eux et non dans une approche systématique qui fournit une procédure générique sur le travail du processus de guérison. Le parcours de l'un n'est pas le même que celui de l'autre.

Droits du client

1. Le client peut poser des questions sur ce à quoi s'attendre pendant et le résultat final du programme de mieux-être.
2. Le client peut refuser de poursuivre le programme quant aux techniques qui peuvent être menées par l'équipe clinique.
3. Le client peut cesser de poursuivre le programme de bien-être à tout moment.
4. L'équipe clinique a le droit de destituer le client du programme.
5. Droit à la confidentialité : Dans les limites prévues par la loi, tous les dossiers et renseignements acquis par le conseiller doivent demeurer strictement confidentiels conformément aux principes d'une relation conseiller/client. Tous les renseignements ne seront pas partagés ou révélés à une personne, une agence ou une organisation sans le consentement écrit préalable du client.
6. Le client peut soulever toute préoccupation et parler immédiatement avec le conseiller de toute préoccupation à condition que le conseiller soit également disponible pour discuter des questions avec le client.

Je _____, déclare avoir pris connaissance de toutes les informations y compris mes responsabilités. Je comprends que si je ne respecte pas les principes et les responsabilités décrits, on pourrait me demander de quitter le programme. J'accepte que si je suis accepté dans le programme, je participerai pleinement au quotidien et effectuerai mes tâches de travail.

Signature du client

Date

Signature du référent

Date



SECTION 2: CLIENT ADMISSION – GENERAL INFORMATION

**** Veuillez inclure une copie de la carte de statut de la Première Nation ou de l'inscription des Inuit**

*Nom:		*Prénom:			
Courriel:					
*Date de naissance DD/MM/YYYY:	Âge:	*Genre (identifier comme):	Téléphone:	Cellulaire:	
*Adresse (Ajouter une boîte postale si nécessaire)			Ville:	Province:	Code Postale:
Langue parlée:		Langue préférée:		Langue comprise:	
Communauté:		Nation:		Numéro de statu / enregistrement inuit:	
ÉDUCATION					
Dernière année complétée? _____		Où?		Niveau de lecture:	
<input type="checkbox"/> École primaire <input type="checkbox"/> École secondaire <input type="checkbox"/> Collège/Cégep <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Autre:		<input type="checkbox"/> Publique Hors-Réserve <input type="checkbox"/> Publique Sur-Réserve <input type="checkbox"/> École Privée <input type="checkbox"/> École Résidentiel		<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre	
				Niveau d'écriture:	
				<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre	

INFORMATION DU RÉFÉRANT OU SECTION SUPPLÉMENTAIRE À REMPLIR POUR LE TRAVAILLEUR DE PREMIÈRE LIGNE APPLIQUANT AU PROGRAMME WANAKI

Nom:		Prénom:			
Titre de l'emploi:		Téléphone:		Cellulaire:	
Organisation:			Courriel:		
Adresse de l'organisation (ajouter boîte postale si nécessaire)			Ville:	Province:	Code postale:
Si vous êtes un travailleur de première ligne qui présente une demande pour notre programme, souhaitez-vous que votre trousse de bienvenue vous soit envoyée:					
<input type="checkbox"/> à votre organisation <input type="checkbox"/> à votre adresse personnelle					



SECTION 3: À REMPLIR PAR LE CLIENT

Veillez nous dire dans vos mots pourquoi vous êtes motivé à participer au programme virtuel du Centre Wanaki

AUTORISATION DU CLIENT

J'autorise que les informations soumises dans cette demande soient ajoutées au système de gestion de l'information sur les dépendances. Je comprends et j'accepte d'accepter le programme de traitement tel que décrit par le Centre Wanaki.

Signature du client	Date
Signature du referent	Date

