



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE LA CLIENTE OU DU CLIENT  
S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE D'AIDE, REMPLIR TOUS LES CHAMPS CI-DESSOUS**

**PRINCIPAUX RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTE OU LE CLIENT**

Nom complet de la cliente ou du client

**\*\*À LIRE AVANT DE CHOISIR LE TYPE DE DEMANDE CLIENT\*\***

**À MOINS DE CIRCONSTANCES ATTÉNUANTES, TOUS LES MÉNAGES D'UNE PERSONNE DOIVENT INDiquer QU'ILS SONT DISPOSÉS UNIQUEMENT À RECEVOIR UN CHÈQUE-CADEAU. DES EXCEPTIONS PEUVENT ÊTRE FAITES; COMMUNIQUEZ AVEC NOTRE PERSONNEL POUR EN DISCUTER.**

**À MOINS QUE DES PERSONNES REPRÉSENTANT L'AGENCE SOIENT DISPOSÉES À AGIR À TITRE D'INTERPRÈTES, LES FAMILLES NE PARLANT NI LE FRANÇAIS NI L'ANGLAIS DOIVENT INDiquer QU'ELLES SONT DISPOSÉES UNIQUEMENT À RECEVOIR UN CHÈQUE-CADEAU. COMMUNIQUEZ AVEC NOTRE PERSONNEL POUR PRENDRE DES DISPOSITIONS SPÉCIALES.**

**LES FAMILLES AYANT DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES DOIVENT INDiquer QU'ELLES SONT DISPOSÉES UNIQUEMENT À RECEVOIR UN CHÈQUE-CADEAU. IL N'Y A AUCUNE EXCEPTION.**

Type de demande client <i>Cocher la case appropriée</i>	<input type="checkbox"/> appui d'intervenant (vérification de doublon seulement)	<input type="checkbox"/> ouvert.e.s à toute aide (panier d'aliments OU chèque-cadeau)	<input type="checkbox"/> disposé.e.s uniquement à recevoir un chèque-cadeau
La cliente ou le client est-il visé par norme du seuil de faible revenu? <i>Cocher la case appropriée</i>	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non.		
Commentaires spécifiques :			

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉNAGE**

**PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE** (*cette partie sert uniquement à consigner les renseignements sur la cliente ou le client*)

Prénom	Nom de famille	Genre	Âge	Date de naissance

**PARTENAIRE OU CONJOINT.E** (*si la personne n'a pas de partenaire ou conjoint.e, veuillez laisser la partie vide*)

Prénom	Nom de famille	Genre	Âge	Date de naissance

**ENFANT/S de 0 à 17 ans**

Prénom	Nom de famille	Genre	Âge	Date de naissance



<b>AUTRES ADULTES de 18 à 54 ans</b>				
<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>	<b>Genre</b>	<b>Âge</b>	<b>Date de naissance</b>
<b>PERSONNES AÎNÉES de 55 ans ou plus</b>				
<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>	<b>Genre</b>	<b>Âge</b>	<b>Date de naissance</b>

<b>COORDONNÉES DE LA CLIENTE OU DU CLIENT</b>	
<b>Langue de préférence</b> <i>Si la cliente ou le client ne parle ni français ni anglais, veuillez l'indiquer à la section COMMENTAIRES.</i>	<input type="checkbox"/> français; <input type="checkbox"/> anglais.
<b>Adresse de courriel de la cliente ou du client</b>	
<b>A-t-on informé la cliente ou le client de la possibilité de recevoir des avis concernant de l'aide potentielle par courriel?</b> <b>REMARQUE :</b> <i>Les personnes représentant les agences recevront une copie de toutes les communications envoyées à leurs clientes et à leurs clients.</i>	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas.
<b>Numéro de téléphone principal de la cliente ou du client</b>	
<b>Autre numéro de téléphone de la cliente ou du client</b>	

<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ADRESSE DE LA CLIENTE OU DU CLIENT</b>	
<b>L'adresse est-elle située dans une coopérative ou un immeuble de logements?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <span style="float: right;">N° de sonnerie : _____</span>
<b>S'agit-il d'un refuge ou d'un appartement partagé?</b>	<input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Non.
<b>Adresse de la cliente ou du client</b>	<i>La clientèle doit résider à Ottawa (Ontario). Veuillez inclure le numéro d'appartement.</i>



## **FORMULAIRE D'AUTORISATION DE LA CLIENTÈLE**

### **À remplir par la cliente ou le client :**

*Clientèle dirigée par téléphone* : Veuillez lui lire ces renseignements et obtenir son consentement verbal :

En signant ce formulaire d'autorisation, vous autorisez l'agence qui vous a dirigé vers nous à communiquer les renseignements personnels contenus dans le formulaire de demande du client (pour le programme de partage du succès des élèves ou de partage de Noël) à l'Échange cœur et partage, qui à son tour peut les communiquer à d'autres organismes communautaires ou de parrainage pour vous fournir l'aide que vous avez demandée.

\_\_\_\_\_  
Nom du/de la client/e (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de la cliente ou du client

### **À remplir par l'agence qui réfère la clientèle :**

*Clientèle dirigée par téléphone* : La cliente ou le client ci-dessus sait qu'on l'inscrit au programme de partage du succès des élèves ou de partage de Noël et a accepté la communication des renseignements qui la concernent.

- Oui.
- Non.

*Clientèle dirigée par téléphone* : La personne nommée ci-dessus est actuellement cliente de cette agence et ainsi nous avons les renseignements exacts sur l'adresse au dossier.

- Oui.
- Non.

Nom de l'agent/e : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_