



**RÉFÉRENCE POUR HÉBERGEMENT  
POUR HOMMES EN DÉTRESSE  
LES HÉBERGEMENTS PÉLOQUIN**

**TÉL. : 514-567-5064      FAX : 514-382-6349**

[hebergement.peloquin@associationiris.ca](mailto:hebergement.peloquin@associationiris.ca) / [www.associationiris.ca](http://www.associationiris.ca)

(S.v.p. remplir en lettre moulées)

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE		Date de la demande	
		A	J
		A	J
		A	J
		A	J
		M	J
		M	J
		J	J
		J	J
Nom	Prénom		
Adresse		Code postal	
Ville et province	N° tél. 1 (    )	N° tél. 2 (    )	
Date de naissance	Âge	Langue de communication	
A			
A			
A			
A			
M			
M			
J			
J			
<b>MILIEU DE VIE</b>			
<input type="checkbox"/> sans adresse <input type="checkbox"/> habite dans une ressource ou un refuge <input type="checkbox"/> autre			
_____			
_____			
<b>MOTIF DE LA RÉFÉRENCE / DIAGNOSTIC</b>			
_____			
_____			
_____			
<b>ÉLÉMENT(S) DÉCLENCHEUR(S) CONDUISANT LA RÉFÉRENCE</b>			
<input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> retraite <input type="checkbox"/> substances <input type="checkbox"/> médication			
<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> judiciaire <input type="checkbox"/> catastrophe <input type="checkbox"/> changement de médication			
<input type="checkbox"/> naissance <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> situation au travail <input type="checkbox"/> agression			
<input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> finances <input type="checkbox"/> migration <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre : _____			
_____			
<b>ATTENTES ET MOTIVATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE</b>			
_____			
_____			
_____			
<b>SUIVIS ACTUELS ET PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS</b> (indiquez le nom et les coordonnées du ou des professionnels impliqués)			
_____			
_____			
_____			
<b>RÉFÉRANT</b>			
Formulaire complété par (prénom et nom) :		Fonction/titre :	
Nom de l'établissement		N° téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville, province, code postal)		Courriel :	
Signature :		Date :	