

ERGON Inc.

145 rue Traynor Street
Riverview, NB
E1B 3B1
Telephone (506) 857-0014 Facsimile (888) 757-3597

SKILLS TRAINING REFERRAL FORM

PLEASE COMPLETE, SIGN, AND RETURN TO THE ABOVE ADDRESS

FROM: _____
ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____

TITLE OF PROFESSION: _____
DATE: _____

CLIENT'S NAME: _____
ADDRESS: _____

D.O.B. (M/D/Y): _____
S.I.N.: _____
LANGUAGE SPOKEN & WRITTEN: _____

EDUCATION: _____
GENDER: MALE () FEMALE ()
MARITAL STATUS: _____
NO. OF DEPENDANTS: _____
NAME OF SPOUSE OR FAMILY MEMBER: _____

RELATION TO CLIENT: _____

TYPE OF LIVING ACCOMODATIONS:
APPARTMENT _____ SPECIAL CARE HOME _____
GROUP HOME _____ HOME _____
NAME OF CONTACT PERSON AT RESIDENCE OR HOME:

TELEPHONE: _____
NAME OF MENTAL HEALTH WORKER IF DIFFERENT
FROM REFERRING PERSON:

CRIMINAL RECORD: _____

DSD Social Worker (Mandatory): _____

MEDICAL INFORMATION

Brief description of illness, disability or disorder (include: alertness, aversions, motivation, introvert, extrovert if known) and history of illness.

Signs of decompensation: _____

Side effects of medication that could affect skills training program: _____

How long under psychiatric care: _____

Drug or alcohol abuse: Yes () No () Brief history: _____

State of psychiatric health: _____

WORK HISTORY (IF AVAILABLE)

Last place of employment: _____

Position held: _____

Date: From _____ To _____

Previous employment profile: _____

Information, which would assist in community integration:

Character traits: Answer Yes, No or Unknown:

Shy: _____ Forward: _____ Attention Seeking: _____ Demanding: _____ Rigid: _____

Poor Socialization: _____

Short social personal history (if known): _____

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION HAS BEEN OBTAINED FROM CLIENT YES () NO ()

VOCATIONAL ASSESSMENT

	Excellent	Good	Fair	Poor
Attendance				
Grooming				
Courtesy				
Punctuality				
Social Skills				
Respect for Property				
Ability to take Direction				
Ability to take Criticism				
Ability to work independently				
Money Management				

Skills Training Goals: _____

ANY INFORMATION CONTAINED IN THIS FORM IS NOT INTENDED TO INFRINGE UPON CLIENT'S RIGHTS UNDER THE LAW.

Referral Source: _____

Date: _____

ERGON Inc.

145 rue Traynor Street
Riverview, NB
E1B 3B1
Téléphone (506) 857-0014 Télécopieur (888) 757-3597

DEMANDE DE SERVICE DE SOUTIEN À L'EMPLOI

S.V.P. COMPLÉTER, SUGNER ET RETOURNER À L'ADRESSE CI-DESSUS

DE : _____
ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

PROFESSION : _____
DATE : _____

NOM DU CLIENT : _____
ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____
NO. D'ASSURANCE SOCIALE : _____
LANGUES PARLÉES ET ÉCRITES : _____

SCOLARITÉ : _____
SEXE : M () F ()
ÉTAT CIVIL : _____
NOMBRE DE PERSONNES À CHARGE : _____
NOM EU CONJOINT OU RÉPONDANT : _____

LIEN AVEC LE CLIENT : _____

GENRE DE LOGEMENT : _____
Appartement : _____ FOYER DE SOINS : _____
FOYER DE GROUPE : _____ MAISON : _____
PERSONNE RESPONSABLE : _____

TÉLÉPHONE : _____
NOM DU TRAVAILLEUR EN SANTÉ MENTALE : _____

DOSSIER JUDICIAIRE : OUI () NON ()

Travailleur Social, Développement Social
(obligatoire): _____

RENSIÈGNEMENTS MÉDICAUX

Brève description de la maladie, incapacité ou trouble (Niveau d'éveil, aversion, motivation, introverti, extraverti si connu) et l'histoire de la maladie.

Indices de décompensation : _____

Effets secondaires des médicaments pouvant affecter le travail : _____

Depuis combien de temps le client reçoit-il des soins psychiatriques : _____

Abus de drogue ou d'alcool : Oui () Non () Brève histoire : _____

État de santé physique : _____

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Nom du dernier employeur : _____
Emploi : _____
Date : Début _____ Fin : _____
Emplois antérieurs : _____

Renseignements pouvant faciliter l'intégration du client dans la communauté :
Traits caractéristiques (répondre oui, non ou inconnu) : Gêné :_ Effronté _____ Demande de l'attention _____
Exigeant _____ Rigide _____ Relation interpersonnelle – faible _____
Brève description de la vie sociale (si connu) _____

Le client consent à ce que ces renseignements soient communiqués OUI (☐) NON (☐)

INSCRIRE (✓) DANS LES CASES APPROPRIÉES

	Excellent	Bon	Passable	Faible
Assiduité/Présence				
Hygiène/Apparence				
Courtoisie				
Ponctualité				
Habiletés Sociales/Relations Interpersonnelles				
Respect du bien d'autrui				
Aptitudes à suivre des directives				
Réaction aux critiques				
Aptitudes à travailler sans supervision				
Gestion – Budget				

Objectif Vocationnels : _____

L'INFORMATION CI-DESSUS N'A AUCUNEMENT POUR OBJET D'ENFREINDRE LES DROITS DE LA PERSONNE
TELS QUE STIPULÉS PAR LA LOI.

Agent de présentation

Date