

## REFERRAL FORM

Date of Referral:	The client is aware of this referral: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I have received consent to refer: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	I am referring: <input type="checkbox"/> Person with Dementia <input type="checkbox"/> Care Partner <input type="checkbox"/> Both

<b>Care Partner Name:</b> (First Name, Last Name)	
Relationship to Person w/Dementia:	Care Partner <u>OHIP#</u> :
Date of Birth (mm/dd/yyyy):	Address:
Telephone Number:	
Can a voicemail message be left: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Email address:
Preferred Language of Choice for Service: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other: (please specify)	

<b>Person with Dementia Name</b> (probable or diagnosed): (First name, Last Name)	
Diagnosis (if known):	Date of Diagnosis (if known):
Date of Birth (mm/dd/yyyy):	Address: <input type="checkbox"/> Same as Above <input type="checkbox"/> Other, please specify:
Telephone number:	
Can a voicemail message be left: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Person w/Dementia <u>OHIP#</u> :
Preferred Language of Choice for Service: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other: (please specify)	

<b>Referral Source Name and Agency:</b>	Address:	
	Phone:	Fax:
	Email:	

<b>Reason for Referral:</b>			
<input type="checkbox"/> Recently Diagnosed	<input type="checkbox"/> Emotional Support	<input type="checkbox"/> Information/Education	<input type="checkbox"/> Community Supports
<input type="checkbox"/> Transitions	<input type="checkbox"/> Behaviours	<input type="checkbox"/> Safety Concerns	<input type="checkbox"/> Activation
<input type="checkbox"/> Other/Specific Program, please specify:			

<b>Additional Notes:</b>

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Date de la référence :	Le client est au courant de cette référence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'ai reçu le consentement pour faire cette requête : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cette requête vise : <input type="checkbox"/> La personne atteinte de troubles neurocognitifs <input type="checkbox"/> L'aidant principal <input type="checkbox"/> Les deux
<b>Nom de l'aidant principal :</b> (Prénom, nom de famille)	
Lien avec la personne atteinte de troubles neurocognitifs :	# carte santé :
Date de naissance (mois/jour/année) :	Adresse :
Numéro de téléphone :	
Est-ce qu'un message peut être laissé sur la boîte vocale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Adresse courriel :
Langue préférée pour prestation de service : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (préciser laquelle) :	

<b>Nom de la personne atteinte de troubles neurocognitifs</b> (probable ou diagnostiqué) : (Prénom, nom de famille)	
Diagnostic (si connu) :	Date du diagnostic (si connu) :
Date de naissance (mois/jour/année) :	Adresse: <input type="checkbox"/> Comme ci-dessus <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
Numéro de téléphone :	
Est-ce qu'un message peut être laissé sur la boîte vocale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	# carte santé :
Langue préférée pour prestation de service : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (préciser laquelle) :	

<b>Source de la requête :</b> (nom et l'agence)	Adresse :	
	Téléphone :	Télécopieur :
	Courriel :	

<b>Raison de la référence :</b>			
<input type="checkbox"/> Récemment diagnostiqué	<input type="checkbox"/> Soutien émotionnel	<input type="checkbox"/> Information/Éducation	<input type="checkbox"/> Soutien communautaire
<input type="checkbox"/> Transition	<input type="checkbox"/> Comportement	<input type="checkbox"/> Soucis de sécurité	<input type="checkbox"/> Activation
<input type="checkbox"/> Autre/Programme particulier (veuillez préciser) :			

<b>Notes complémentaires :</b>