

CLIENT IDENTIFICATION SHEET
FICHE D'IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

FIRST CONTACT / PREMIER CONTACT (date): _____

NAME / NOM: _____

(Maiden name/ nom à la naissance): _____

ADDRESS / ADRESSE: _____

POSTAL CODE POSTAL: _____ **TELEPHONE # (819)** _____

DATE OF BIRTH: _____ **ENGLISH:** _____

DATE DE NAISSANCE: _____ **FRANÇAIS:** _____

CONTACT PERSON:
PERSONNE RESSOURCE: _____

TELEPHONE # (819) _____

DOCTOR: _____ **HOSPITAL:** _____
DOCTEUR: _____ **HÔPITAL:** _____

PARTICULAR HEALTH PROBLEMS:
PROBLÈME PARTICULIER: _____

DO YOU LIVE ALONE:
VIVEZ VOUS SEUL: _____

SERVICES NEEDED:
SERVICES DEMANDÉS: _____

REFERRED BY / RÉFÉREÉ PAR : _____

COMMENTS:
COMMENTAIRES: _____

MOBILITY/MOBILITÉ: Autonomus/Autonome () _____
Uses a cane/ Utilise une cane () _____
Uses a walker/ Utilise une marchette () _____