

**APPLICATION FOR
ADMISSION
RELIEF CARE PROGRAM
SOCIAL DEVELOPMENT**



35-3292 (11/14)

**DEMANDE D'ADMISSION
PROGRAMME DE SERVICES
DE RELÈVE
DÉVELOPPEMENT SOCIAL**

Name / Nom		Date of Brith / Date de naissance D/J M/M Y/A	
Present Address (where you are presently living) / Adresse actuelle (où vous demeure présentement)		Telephone / Téléphone	
Permanent Address (where you usually live) / Adresse permanente (où vous demeurez habituellement)		Telephone / Téléphone	
Sex / Sexe <input type="checkbox"/> Male / Masculin <input type="checkbox"/> Female / Féminin	Marital Status / Statut <input type="checkbox"/> Single / Célibataire <input type="checkbox"/> Married / Marié	<input type="checkbox"/> Widowed / Veuve <input type="checkbox"/> Divorced / Divorcé	<input type="checkbox"/> Separated / Séparé
Medicare No. / N° d'assurance-maladie		Social Insurance No. / N° d'assurance sociale	N.B. Prescription Drug number (if applicable) N° de la carte du plan de médicaments sur ordonnance du N.-B. (s'il y a lieu)
Name of Family Physician / Nom du médecin de famille		Telephone / Téléphone	

THE NAME OF THE PERSON WHO WILL ASSUME RESPONSIBILITY IN ALL MATTERS CONCERNING THE CLIENT	NOM DE LA PERSONNE QUI ASSUMERA LA RESPONSABILITÉ DANS TOUTES LES AFFAIRES RELATIVES AU CLIENT
Name / Nom _____	Relationship / Lien de parenté _____
Address / Adresse _____	Telephone / Téléphone _____

OTHER PERSONS TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY	AUTRES PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE
Name / Nom _____	Relationship / Lien de parenté _____
Address / Adresse _____	Telephone / Téléphone _____

Reason for request / Motifs de la demande _____

Have you used the Program before? / Avez-vous déjà participé au programme? Yes / Oui No / Non

Where used? / Endroits? _____

How many times? / À combien d'occasions? _____

When used? / Quand? _____

Date _____ 20 _____ Signature _____