



Centre Flavie-Laurent

Formulaire de demande d'assistance / Request for Assistance Form

**CE CENTRE EST POUR LES DÉMUNIS—CEUX DANS LE BESOIN (SVP RESPECTER CECI)
THIS CENTRE IS FOR THE IMPOVERISHED—THOSE IN NEED (PLEASE RESPECT THIS)**

PLEASE PRINT

Date _____ time/heure _____ aboriginal (y/n) _____

Last name _____ Mid. Initial _____ First name _____
Nom de famille _____ initiale _____ Surnom _____ M/F _____

Address _____ City _____ Postal Code _____
Adresse _____ Ville _____ Code postale _____

Telephone no. _____ Medical no.(6 digit) _____ Birthday _____
Numéro de tél _____ Numéro méd _____ Jr. naiss. _____ dd _____ mm _____ yy

Primary source of income _____ children under 18(m/f) _____ referred by _____
source princ. de revenu _____ enfants moins de 18 ans(m/f) _____ réf. par _____

Do you **own** or **rent** your home?(circle one) _____ Year, make & model of any vehicles you own _____
Etes-vous **locataire** ou **propriétaire**? (encerclez-un) _____ Année, marque et modèle de vos voitures _____

EIA, SA, Disab. Case no. _____ Case Worker _____ CW tel/office _____
No. d'assist. sociale _____ nom travail. _____ tel/b _____

CFLC Inc. & its officers, directors, employees, volunteers and agents shall not be liable for any loss, damage or injury which may result from the use of any items provided by CFLC Inc. and I hereby release each of them from any and all liability with respect to any such loss, damage or injury. I authorize the CFLC to contact my E.I.A. case coordinator/counselor regarding items received at the Centre / Le CFLC Inc. & ses officiers, ses directeurs, ses employés, ses bénévoles et ses agents ne seront pas tenus responsables pour une perte, dommage ou blessure qui pourrait se produire dans l'usage d'items fournis par le CFLC Inc. et par la présente je les acquitte tous par rapport à toute perte, dommage ou blessure.. Je donne permission au CFLC de communiquer avec mon coordonnateur d'assistance sociale (E..I.A.) par rapport aux items que j'ai reçu au CFLC Inc.

Signature _____

HPS Housing First organizations

- | | | |
|---|---|--|
| _____ <i>Main Street Project</i> | | |
| _____ <i>A Place to Call Home</i> | _____ <i>Fresh Start</i> | _____ <i>Beaver Medicine Bundle</i> |
| _____ <i>Wi Che Win</i> | _____ <i>ACT</i> | _____ <i>More Than Four Walls</i> |
| _____ <i>RAY</i> | _____ <i>MYS Transition Services</i> | _____ <i>West Central Women Resource Centre</i> |
| _____ <i>Siloam Transition Services</i> | _____ <i>Indigenous Women's Program</i> | _____ <i>Canadian Mental Health Association (CMHA)</i> |

Client #: DW _____

Referring Counselor: _____