

Formulaire de demande de service au programme de visites surveillées

District de Timiskaming/District de Cochrane

Chaque partie doit remplir et soumettre un formulaire de demande distinct.

A. INFORMATIONS DE LA DEMANDE	
Date de la demande : (j/m/a)	
Emplacement :	District de Timiskaming ☐ Kirkland Lake ☐ Englehart ☐ New Liskeard ☐ North Cobalt District de Cochrane ☐ Timmins ☐ Iroquois Falls ☐ Kapuskasing
Le service demandé concerne la surveillance des :	☐ Visites ☐ Échanges ☐ Combinaison Visites/Échanges
Origine de la recommandation :	☐ Ordonnance du tribunal ☐ Recommandation du tribunal ☐ Médiation ☐ Auto-référence ☐ Avocat(e) de la partie ayant la garde ☐ Avocat(e) de la partie n'ayant pas la garde ☐ Bureau de l'avocat des enfants ☐ Bien-être de l'enfance ☐ Autre (veuillez préciser) :
Motif de la recommandation :	☐ Violence conjugale ☐ Inquiétudes à l'égard d'une violence physique, sexuelle ou psychologique éventuellement subie par l'enfant ou les enfants ☐ Inquiétudes à l'égard des compétences parentales ☐ Longue séparation entre la partie n'ayant pas la garde (ou autre personne) et l'enfant ou les enfants ☐ Antécédents de troubles psychiatriques ☐ Antécédents de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie ☐ Inquiétudes à l'égard d'un enlèvement éventuel ☐ Conflit non résolu entre la partie qui a la garde et celle qui ne l'a pas ☐ Visites entravées par la partie ayant la garde, la partie n'ayant pas la garde ou une autre personne ☐ Autre (veuillez préciser) :

B. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DEMANDANT LES SERVICES

Votre nom :	Nom de famille :	Prénom :
Votre rôle :	☐ Partie ayant la garde ☐ Partie n'ayant pas la garde ☐ Partie ayant la garde conjointe ☐ Autre (veuillez préciser) :	
Langue(s) parlée(s) :	☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre (veuillez préciser) :	
Adresse :		Téléphone au domicile :
Boîte postale :		Téléphone cellulaire :
Ville :		Courriel :
Province :		
Code postal :		
Considérations particulières/soutiens pour la prestation des services : P. ex. déficience auditive, basse vision, difficultés de lecture ou d'écriture, analphabétisme, problèmes de mobilité, etc.	<i>Veuillez préciser :</i>	
Allergies :	<i>Veuillez préciser :</i>	

C. INFORMATIONS DE L'AVOCAT

Nom de l'avocat :	Nom de famille :	Prénom :
Cabinet :		
Adresse :		Téléphone :
Boîte postale :		Téléphone cellulaire :
Ville :		Courriel :
Province :		Télécopieur :
Code postal :		

D. INFORMATIONS DE L'AUTRE PARENT/GARDIEN

Nom de l'autre parent/gardien :	Nom de famille :	Prénom :
--	------------------	----------

E. DISPOSITION ANTÉRIEURE CONCERNANT LES VISITES

Durée écoulée depuis le dernier contact avec l'enfant ou les enfants :	☐ semaines ☐ mois ☐ années
---	---

Disposition antérieure concernant les visites :	☐ Visites non surveillées	☐ Visites surveillées	☐ Aucune
	visite antérieure		
	☐ Autre (veuillez préciser) :		

F. INFORMATIONS DE L'ENFANT/LES ENFANTS			
Nom de l'enfant :	Nom de famille :		Prénom :
Date de naissance : (j/m/a)			Sexe :
Résidence principale de l'enfant :	☐ avec moi ☐ avec l'autre parent/gardien ☐ autre (veuillez préciser) :		
Considérations particulières/soutiens pour la prestation des services : P. ex. déficience auditive, basse vision, difficultés de lecture ou d'écriture, analphabétisme, problèmes de mobilité, etc.		Veuillez préciser :	
Allergies :		Veuillez préciser :	

INFORMATIONS DE L'ENFANT/LES ENFANTS			
Nom de l'enfant :	Nom de famille :		Prénom :
Date de naissance : (j/m/a)			Sexe :
Résidence principale de l'enfant :	☐ avec moi ☐ avec l'autre parent/gardien ☐ autre (veuillez préciser) :		
Considérations particulières/soutiens pour la prestation des services : P. ex. déficience auditive, basse vision, difficultés de lecture ou d'écriture, analphabétisme, problèmes de mobilité, etc.		Veuillez préciser :	
Allergies :		Veuillez préciser :	

INFORMATIONS DE L'ENFANT/LES ENFANTS			
Nom de l'enfant :	Nom de famille :		Prénom :
Date de naissance : (j/m/a)			Sexe :
Résidence principale de l'enfant :	☐ avec moi ☐ avec l'autre parent/gardien ☐ autre (veuillez préciser) :		
Considérations particulières/soutiens pour la prestation des services : P. ex. déficience auditive, basse vision, difficultés de lecture ou d'écriture, analphabétisme, problèmes de mobilité, etc.		Veuillez préciser :	
Allergies :		Veuillez préciser :	

INFORMATIONS DE L'ENFANT/LES ENFANTS			
Nom de l'enfant :	Nom de famille :	Prénom :	
Date de naissance : (j/m/a)		Sexe :	
Résidence principale de l'enfant :	☐ avec moi ☐ avec l'autre parent/gardien ☐ autre (veuillez préciser) :		
Considérations particulières/soutiens pour la prestation des services : P. ex. déficience auditive, basse vision, difficultés de lecture ou d'écriture, analphabétisme, problèmes de mobilité, etc.		Veuillez préciser :	
Allergies :		Veuillez préciser :	

Remarque : pour les informations concernant un ou plusieurs enfants supplémentaires, veuillez joindre une page séparée.

SOUMETTEZ VOTRE DEMANDE

Les formulaires de demande **remplis** peuvent être soumis de l'une des manières suivantes :

Par courriel Courriel : SAPreferrals@neofacs.org <i>Remarque : cette adresse courriel sert uniquement à soumettre des formulaires. La coordonnatrice du programme des visites surveillées ne répondra à aucun message ni à aucune question envoyée à cette adresse.</i>	Par courrier postal Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario Coordonnatrice du programme des visites surveillées 707, avenue Ross Est Timmins (Ontario) P4N 8R1
Par télécopieur Télécopieur : 1-705-360-7200 À l'attention de la coordonnatrice du programme des visites surveillées Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario	En le déposant en personne À n'importe quel bureau des Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario (SFENEO). Consultez la liste complète des bureaux à l'adresse www.neofacs.org/fr/contactez-nous . À l'attention de la coordonnatrice du programme des visites surveillées

Une copie de ce formulaire de demande est disponible par téléchargement sur notre site web à l'adresse suivante : www.neofacs.org/fr/programme-des-visites-surveillees

INFORMATIONS SUR LA DEMANDE ET LA PROCEDURE

- Une fois votre formulaire de demande reçu, la coordonnatrice du programme des visites surveillées vous enverra une lettre pour vous informer de l'état de votre demande.
- Pour que la procédure puisse se poursuivre, l'autre partie doit également soumettre leur propre formulaire de demande. Si la demande de l'autre partie n'est pas reçue dans les 90 jours suivant votre soumission, le dossier sera fermé. Un nouveau formulaire de demande devra être soumis pour réactiver le service après une clôture.
- Une fois que les deux parties auront soumis leurs formulaires de demande, la coordonnatrice du programme des visites surveillées fixera des rendez-vous séparés pour les rencontres préliminaires. La durée du processus d'admission dépendra de la rapidité avec laquelle les deux parties soumettront leurs formulaires de demande.
- Si la coordonnatrice du programme des visites surveillées ne parvient pas à vous joindre en raison de coordonnées inexactes, le dossier sera fermé. Afin de nous aider à maintenir votre dossier actif et à jour, veuillez nous informer rapidement de tout changement de vos coordonnées, telles que votre adresse ou votre numéro de téléphone.
- Chaque demande est soumise à l'approbation du programme, et nous nous réservons le droit de restreindre ou de limiter l'utilisation du programme.
- La fréquence et la durée des visites dépendront de la disponibilité du centre des visites surveillées. Pour plus d'informations sur les horaires de visite et d'échange ainsi que sur la structure des frais, veuillez consulter notre site web à l'adresse www.neofacs.org/fr/programme-des-visites-surveillees.
- Pour recevoir une copie papier du formulaire de demande, ou si vous avez des questions ou besoin d'aide pour remplir le formulaire, veuillez contacter la coordonnatrice du programme des visites surveillées au **1 705 360-1730 (sans frais : 1 888 360-2112).**

Merci d'avoir rempli le formulaire de demande.

Le Centre s'efforce d'offrir un cadre sûr et neutre où les visites et les échanges peuvent avoir lieu sous la supervision d'un personnel qualifié.

DISTRIBUTION :

Original :	Numérisé et téléchargé dans le dossier électronique du client(e)
Copie :	Remise au client(e)