|  |
| --- |
|  |
| RAP agency Name goes here it still fits if it happens to be really long |

Évaluation normalisée   
des besoins initiaux

DU PAR

RenseignementS client

Évalué par : \*Date:

**Nom du demandeur principal : Nom du conjoint(e) :**

**\*IUC : IUC :**

**\*Sexe : Homme Femme Autre Sexe : Homme  Femme Autre**

**\*Date de naissance : A/M/J Date de naissance: A/M/J**

**\*Lieu de naissance : Lieu de naissance :**

**\*Personnes à charge au Canada:**

**\* Marié(e)  Célibataire Divorcé(e) Veuf (veuve) Conjoint(e) de fait**

\*Catégorie d’immigrant

pris en charge par le gouvernement (RPG)  groupe de 5  désigné par un bureau des visas (RDBV)

parrainé par le secteur privé (RPSP)  parrainage d’aide conjoint(e) (PAC)

Comment utiliser cet outil?

1. L’évaluation des besoins initiaux doit être effectuée dans la semaine qui suit
2. Les résultats de l’évaluation doivent être transférés au fichier électronique

Langue

Demandeur principal

**\***Quelle est votre première langue?

**\***Avez-vous besoin de service d’interprétation?  Oui  Non

Pouvez-vous lire et écrire dans votre propre langue?  Oui  Non

**\***Est-ce que les autres membres de votre famille parlent,   
écrivent, lisent et comprennent d’autres langues?  Oui  Non

*Si oui, quelles langues?*

Conjoint(e) (le cas échéant)

**\***Quelle est votre première langue?

**\***Avez-vous besoin de service d’interprétation?  Oui  Non

Pouvez-vous lire et écrire dans votre propre langue?  Oui  Non

**\***Est-ce que les autres membres de votre famille parlent,   
écrivent, lisent et comprennent d’autres langues?  Oui  Non

*Si oui, quelles langues?*

**Commentaires** :

**Action requise** :

Éducation

Demandeur principal

**\***Combien d’années d’études avez-vous faites?   
 Aucune 1-6  7-9  10+  Études collégiales ou universitaires

Conjoint(e) (le cas échéant)

**\***Combien d’années d’études avez-vous faites?   
 Aucune 1-6  7-9  10+  Études collégiales ou universitaires

Les études des enfants (le cas échéant)

Avez-vous besoin d’aide pour inscrire votre enfant/vos enfants à l’école?  Oui  Non

**\***Est-ce que votre enfant /vos enfants d’âge scolaire a/ont fréquenté l’école auparavant?  Oui  Non

**\***Avez-vous besoin d’une garderie pour votre enfant/vos enfants d’âge préscolaire?  Oui  Non

**\***Avez-vous besoin d’un programme parascolaire pour votre enfant/vos enfants?  Oui  Non

Avez-vous des réserves à l’égard des études de votre enfant/vos enfants?  Oui  Non

**Commentaires** :

**Action requise** :

Santé

**\*Avez-vous /votre famille a-t-elle des problèmes de santé qui doivent être traités immédiatement?** Oui Non

Nom : Préoccupation :

Nom : Préoccupation :

**Prenez-vous/votre famille prend-elle des médicaments?**  Oui  Non

Nom : Médicaments :

Nom : Médicaments :

**Avez-vous/votre famille a-t-elle des besoins alimentaires particuliers?**  Oui  Non

*Si oui, quels sont-ils?*

**\*Est-ce que vous avez / votre famille a un handicap physique?**  Oui  Non

*Si oui, quels sont-ils?*

**\***Comment est le bien-être global au sein de votre famille ?  Faible  Juste  Bien  Très Bien  Excellent

**Commentaires** :

**Action requise** :

EmploI

Demandeur principal

**\***Quelle était votre profession antérieure?  Poste de gestion  Poste professionnel  Emplois technique ou spécialisé  Poste intermédiaire  Emplois manuel  Autre  
**\***À quand remonte votre dernier travail?  Moins que 6 mois  6 mois-1 an  1-2 ans  2-5 ans  5+  
**\***Avez-vous d'autres compétences?

Conjoint(e) (le cas échéant)

**\***Quelle était votre profession antérieure?  Poste de gestion  Poste professionnel  Emplois technique ou spécialisé  Poste intermédiaire  Emplois manuel  Autre   
**\***À quand remonte votre dernier travail?  Moins que 6 mois  6 mois-1 an  1-2 ans  2-5 ans  5+  
**\***Avez-vous d'autres compétences?

**Commentaires** :

**Action requise** :

SoUTIEN SOCIAL

**\***Est-ce que vous/votre famille désirez entrer en   
contact avec une communauté ethnoculturelle ou avec des groupes religieux?  Oui  Non

**(les parrainés par le secteur privé (RPSP) seulement)**   
**\***Avez-vous/la famille a-t-elle des liens avec le parrain?  Oui  Non

Nom/groupe du parrain: Numéro de téléphone:

**Commentaires** :

**Action requise** :

L’historique du réfugié

**\***Avez-vous des membres de la famille immédiate qui sont encore dans votre pays d'origine?  Oui  Non

*(Cette question vise à déterminer si des membres immédiats de la famille figurent dans leurs demandes et devraient, eux aussi, être parrainés en tant que membres de la famille de personnes protégées en vertu des dispositions du délai prescrit d’un an (CUA))*

*Si oui, qui sont-ils ? Quels âges ont-ils ? Combien sont-ils?*

**\***Avez-vous été dans un camp de réfugiés?  Oui  Non

Durée :  Moins que 6 mois  6 mois-1 an  1-2 ans  2-5 ans  5+

Dans quel lieu avez-vous séjourné?  En ville  En milieu rural

**Commentaires** :

**Action requise** :

Les premières priorités de réétablissement

Quelles sont vos attentes?

Que voulez-vous faire dans les trois prochains mois? *(priorités initiales de réétablissement)*