

SOCIAL DEVELOPMENT
Health Services Unit
P.O. Box 5500, Fredericton, N.B., E3B 5G4
Voice Mail Box: (506) 444-2780
Fax: (506) 453-3960



DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Unité des services de santé
C.P. 5500, Fredericton N.-B., E3B 5G4
Boîte Vocale: (506) 444-2780
Télécopieur: (506) 453-3960

**EMERGENCY RESPONSE SERVICES APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE**

CLIENT INFORMATION | RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

LAST NAME / NOM DE FAMILLE	FIRST NAME / PRENOM	DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE
ADDRESS / ADRESSE	CITY, TOWN, VILLAGE / VILLE, VILLAGE	POSTAL CODE / CODE POSTAL
TELEPHONE / TELEPHONE	HEALTH CARD # / No. CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE	

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN / NURSE PRACTITIONER
A ÊTRE REMPLI PAR LE MEDECIN / INFIRMIERE PRACTITIENNE**

Please provide a brief summary of this client's medical situation and why an emergency response system would be beneficial
S'il vous plaît fournir un bref résumé de la situation médicale de ce client et pourquoi un système d'intervention d'urgence serait bénéfique

**PHYSICIAN/ NURSE PRACTITIONER CONTACT INFORMATION
COORDONÉES DU MEDECIN/INFIRMIERE PRACTITIENNE**

NAME / NOM : _____	SIGNATURE : _____
TELEPHONE : _____	DATE : _____

Does this client receive homemaker services? Est-ce que le/la client(e) reçoit les services d'aide familiale?	If yes, please state the number of hours per day or week. Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures par jour ou par semaine.	Hours/day	Hours/week
<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No/ Non			

Additional Information : / Les informations additionnels :

**CASE MANAGER/ SOCIAL WORKER CONTACT INFORMATION
COORDONÉES DU GESTIONNAIRE DE CAS/ TRAVAILLEUR SOCIALE**

NAME / NOM : _____	SIGNATURE : _____
TELEPHONE : _____	DATE : _____

SERVICE DETAILS / DÉTAILS DE SERVICE

Installation Fees : Frais d'installation :		Monthly Service Fee (including HST): Frais de service mensuels (y compris la TVH) :	
Service provider : Fournisseur de services :		Telephone : Téléphone :	
Contact Name / Personne Ressource :		Fax : Télécopieur	

FOR OFFICE USE ONLY | POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT

- APPROVED
APPROUVÉE
- Effective date of Approval:
Date effective de l'approbation :
- Expiry date of approval:
Date d'expiration de l'approbation :
- PENDING INFORMATION, SEE COMMENT BELOW
ATTENTE D'INFORMATION, VOIR COMMENTAIRE SI-DESSOUS
- REFUSED, SEE COMMENTS BELOW
REFUSÉE, VOIR COMMENTAIRES SI-DESSOUS

Comments / Commentaires :

Administrator / Administrateur :

Date :