



ÉTAPES ET ADMISSIBILITÉ / STEPS AND ELIGIBILITY

ÉTAPES D'ADMISSION

- 1) Le candidat doit remplir le **formulaire d'application** et l'**historique médical** ci-après;
- 2) Le candidat doit nous faire parvenir une **lettre d'intention**, nous indiquant les raisons pour lesquelles il désire venir à Waseskun et quelles sont les problématiques qu'il souhaite travailler dans le cadre de sa guérison;
- 3) Le candidat doit prouver qu'il a un financement sécurisé par des ressources communautaires ou autres programmes gouvernementaux pour son séjour à Waseskun;

À la suite de l'étude du dossier, une décision sera acheminée à l'intervenant au dossier.

ADMISSION STEPS

- 1) Applicants must complete the **application form** and **medical history** below;
- 2) Applicants must send a **letter of intent**, telling us why he wishes to come to Waseskun and what issues he wishes to work on as part of his recovery;
- 3) Applicants must prove that he has secure funding from community resources or other government programs for his stay at Waseskun;

Following the study of the file, a decision will be transmitted to the intervener in the file.



CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Seuls les candidats répondants aux critères suivants sont admissibles au centre Waseskun :

- Le candidat ne doit avoir aucun problème de santé mentale grave ou qui requiert des soins psychiatriques constants (schizophrénie, dépression majeure, etc);
- Le candidat ne doit requérir aucun soin médical grave ou palliatif (cancer, paraplégie, etc);
- Le candidat ne doit avoir commis aucun comportement de violence extrême en institution ou en société;
- Le candidat ne doit pas être lié à une organisation criminelle ou à un groupe (gang);
- Le candidat doit être admissible et subventionné pour suivre la thérapie d'une durée de 6 mois minimum;

ELIGIBILITY CRITERIA

Please note that only candidates meeting the following criteria are eligible for Waseskun Center:

- Applicants must be on **Parole** or **Under supervised probation** or on **Conditional sentence** or **Day parole** or **Statutory release**;
- Applicants must have no serious mental health problems or problems requiring ongoing psychiatric care (schizophrenia, major depression, etc);
- Applicants must not require serious or palliative medical care (cancer, paraplegia, etc.);
- Applicants must not have committed any extreme violent behavior in an institution or society;
- Applicants must not be associated with a criminal organization or gang;
- Applicants must be eligible and subsidized to follow the therapy for a minimum of 6 months;



FORMULAIRE D'APPLICATION / APPLICATION FORM

Nom du Candidat / Candidate Name: _____

Nom de l'intervenant / Name of the intervener: _____

Date Sentencé / Sentenced Date: _____

Statut Actuel / Actual status: _____

Établissement / Institution: _____

Sous quel statut le candidat viendrait-il à Waseskun? / Under what status would the candidate come to Waseskun?

Libération Conditionnelle / On Parole

Semi-Liberté / Day Parole

Probation Supervisée / Supervised Probation

Libération d'Office / Statutory Release

Avec Sursis / Conditional Sentence

Autre / Other:

Quels est(sont) le(s) dernier(s) délit(s)? / What is(are) the last offence(s)?

Date du début de la peine / Sentence start date : _____

Date de fin de la peine / Sentence end date : _____

Quels sont le(s) délit(s) commis par le passé? / What are the offense(s) committed in the past?



Est-ce que le candidat a une ou des causes pendantes? / Does the candidate have one or more pending cases?

Commentaires des autorités sur le comportement du candidat / Comments from the authorities on the candidate's behavior

Signature du Candidat / Candidate's Signature: _____

Signature du Témoin / Witness' Signature: _____

Date: _____



HISTORIQUE MÉDICAL / MEDICAL HISTORY

Nom du Candidat / Candidate Name: _____

Date de Naissance / Date of Birth: _____

N° Dossier / Record N°: _____

N° Ass. Sociale / Social Insurance N°: _____

N° Ass. Maladie / Medical Card N°: _____

Date d'expiration / Expiration Date: _____

Ass. Médicale Privée / Private Medical Insurance:

Oui / Yes

Non / No

Nom Médecin de Famille / Family's Doctor's Name : _____

N° Tél. Médecin de Famille / Family's Doctor's Phone N° : _____

Allergies: _____

Problèmes de Santé Physique / Physical Health Problems: _____

Problèmes de Santé Mentale / Mental Health Problems: _____

Médicaments Prescrits / Prescribed Medication: _____



Historique Médical / Medical History: _____

J'autorise le Centre de Guérison Waseskun, à se servir de ces informations à des fins médicales par un professionnel de la santé / I hereby authorize Waseskun Healing Center, to release this information for medical purpose to a doctor or health professional :

Signature du Candidat / Candidate's Signature: _____

Signature du Témoin / Witness' Signature: _____

Date: _____