



## ÉTAPES ET ADMISSIBILITÉ / STEPS AND ELIGIBILITY

### ÉTAPES D'ADMISSION

---

- 1) Le candidat doit contacter son Agent de Libération Conditionnelle pour discuter de sa demande. Son soutien sera important pour la suite de l'application. Il est également souhaitable d'avoir une bonne relation avec l'Aîné de son établissement, et de suivre les programmes qui y sont offerts.
- 2) Le candidat doit compléter le formulaire d'application ci-après.
- 3) Le candidat doit nous faire parvenir une lettre d'intention (facultatif);
- 4) Le candidat doit demander une Enquête Communautaire via son Agent de Libération Conditionnelle;

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

### ADMISSION STEPS

---

- 1) Applicants should contact their Parole Officer to discuss their application. His/her support will be important for the rest of the application. It is also advisable to have a good relationship with the Elder of your institution, and to follow the programs offered there.
- 2) The candidate must complete the application form below.
- 3) The candidate must send us a letter of intent (optional);
- 4) The candidate must request a Community Survey via his Parole Officer;

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 doit avoir le statut **S-81** ou **S-84** (S-81 minimum ou semi-liberté ou libération conditionnelle partielle ou libération conditionnelle totale ou libération d'office ou sous probation supervisée ou LTSO);
- Une **demande formelle d'évaluation communautaire** doit être acheminée à la gestion de cas de notre bureau de liaison d'**Archambault pour S-81** ou de notre bureau de liaison de **Laval pour S-84**;
- 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);

## ELIGIBILITY CRITERIA

---

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

- The candidate must have **S-81** or **S-84** status (S-81 minimum or day parole or partial parole or full parole or statutory release or supervised probation or LTSO);
- A **formal request for a community assessment** must be sent to case management at our **Archambault liaison office for S-81** or at our **Laval liaison office for S-84**;
- The candidate must have no serious mental health problems or problems requiring ongoing psychiatric care (schizophrenia, major depression, etc);
- The candidate must not require serious or palliative medical care (cancer, paraplegia, etc.);
- The candidate must not have committed any extreme violent behavior in an institution or society;
- The candidate must not be associated with a criminal organization or gang;



## FORMULAIRE D'APPLICATION FÉDÉRAL / FEDERAL APPLICATION FORM

NOM/NAME: \_\_\_\_\_ PRÉNOM/1STNAME: \_\_\_\_\_

D.D.N./D.O.B.: \_\_\_\_\_ NO ASS. SOCIALE/S.I.N.: \_\_\_\_\_

NO ASS. MALADIE/MEDICARE NO.: \_\_\_\_\_ EXPIRATION: \_\_\_\_\_

COMMUNAUTÉ/COMMUNITY: \_\_\_\_\_ NATION: \_\_\_\_\_

LANGUES/LANGUAGES: \_\_\_\_\_ ÉCRIT/WRITEN \_\_\_\_\_

NO. FPS/SED NO: \_\_\_\_\_ ÉTAB.DÉTENTION/INSTITUTION: \_\_\_\_\_

TRANSFERT/TRANSFER S-81/84: LIB. COND./PAROLE: SL/D.P.: \_\_\_\_\_ L.C./F.P.: \_\_\_\_\_ L.O/S.R.: \_\_\_\_\_

A.L.C./P.O.: \_\_\_\_\_ A.L.A/N.L.O.: \_\_\_\_\_

AVOCAT/LAWYER: \_\_\_\_\_ TÉL. /TEL.: \_\_\_\_\_

DÉLITS ACTUELS/ACTUALS CHARGES: \_\_\_\_\_

DURÉE DE SENTENCE/DURATION : \_\_\_\_\_ DÉBUT/START : \_\_\_\_\_

CONDITION DE SANTÉ/HEALTH CONDITION \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS/MEDICATIONS : \_\_\_\_\_

ALLERGIES: \_\_\_\_\_ DIÈTE SPÉC. DIET: \_\_\_\_\_

HANDICAPE/HANDICAP: \_\_\_\_\_

MÉDECIN DE FAMILLE/FAMILY DOCTOR : \_\_\_\_\_ TÉL./TEL. : \_\_\_\_\_

DERNIER EXAMEN MÉD./LAST MED. EXAM.: QUAND/WHEN.: \_\_\_\_\_ OU/WHERE: \_\_\_\_\_

PERSONNE CONTACT/CONTACT PERSON: \_\_\_\_\_ TÉL./TEL.: \_\_\_\_\_

JE, \_\_\_\_\_ DÉCLARE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES

I, \_\_\_\_\_ STATE THAT THE ABOVE INFORMATIONS ARE TRUE

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

*\*Please note that Cell phones are prohibited except for residents who have a 12-hour or 24-hour leave permit.*