



RÉFÉRENCIEMENT

(Referral form)

JE CONSENS à ce que mon nom et mes coordonnées téléphoniques soient transmises au **Groupe des aidants du Sud-Ouest (GASO)**. Je comprends qu'une personne de l'organisme me contactera dans les prochains jours. Elle évaluera avec moi quels sont les services disponibles pour ma situation. J'aurai toujours la possibilité de poser des questions et d'accepter ou de refuser de l'aide qui me sera offerte. **I CONSENT** to having my name and phone number forwarded to the **Groupe des aidants du Sud-Ouest (GASO)**. I understand that someone from the organization will contact me within the next few days. They will evaluate with me what services are available for my situation. I always could ask questions and to accept or refuse the help that will be offered to me.

DATE

NOM / NAME

TÉL.

SIGNATURE

NOM ET ORGANISATION DE L'INTERVENANT.E / COUNSELOR NAME & ORGANIZATION

NUMÉRO ET POSTE DE L'INTERVENANT.E / COUNSELOR'S PHONE NUMBER & EXTENSION



Nous avons votre réalité à cœur