



# PLAN DE VIE AUTONOME

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## MES DROITS SONT LES SUIVANTS :

- **Vivre dans un environnement sûr, où je suis traité de manière égale et équitable.**
- **Être inclus indépendamment de ma race, de ma religion ou de mes capacités mentales ou physiques.**
- **Avoir la liberté d'expression et de religion.**
- **Avoir une vie privée.**
- **Vivre à l'abri des violences physiques, verbales ou émotionnelles.**
- **Vivre à l'abri des violences sexuelles, du harcèlement ou de l'exploitation sous quelque forme que ce soit.**
- **Garder le silence en cas d'interrogatoire par un agent de l'immigration ou un fonctionnaire.**
- **Parler à un avocat et ne rien signer sans en avoir parlé au préalable à un avocat.**

## NUMÉROS IMPORTANTS :

**Voici les numéros importants que je peux appeler si je suis victime d'abus ou de traite, si j'ai besoin d'une aide d'urgence ou si je souhaite obtenir des informations sur mon dossier d'immigration. Si je suis en danger immédiat, je dois appeler le 911.**

<input type="checkbox"/> <b>911 (en cas d'urgence)</b>	<input type="checkbox"/> Centre d'appel national de l'ORR (Centro Nacional de ORR) : 1-800-203-7001
<input type="checkbox"/> Ligne d'assistance téléphonique pour les enfants maltraités : 1 -800-422-4453	<input type="checkbox"/> National Human Trafficking Hotline (Ligne d'assistance nationale contre la traite des êtres humains) : 1-888-373-7888
<input type="checkbox"/> Suicide Prevention Lifeline (Ligne de prévention du suicide) : 988	<input type="checkbox"/> Planning familial (Planificación Familiar) : 1-800-230-7526
<input type="checkbox"/> Domestic Violence Hotline (Ligne d'assistance téléphonique contre la violence domestique) : 1-800-799-7233	<input type="checkbox"/> Ligne d'assistance de l'EOIR : Línea para averiguar la fecha de la corte: 1-800-898-7180
<input type="checkbox"/> Poison Help (Linea de Control De Veneno) - 1-800-222-1222	<input type="checkbox"/> Autre :

## PERSONNES DE CONFIANCE :

**Ce sont des personnes de confiance vers lesquelles je peux me tourner pour obtenir de l'aide.**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## STRATÉGIES D'ADAPTATION ET PLAN DE SOINS PERSONNELS

**Il s'agit des choses que je peux faire moi-même pour me calmer, réduire le stress et me sentir mieux.**

- 
- 
- 
- 

## OBJECTIFS À COURT TERME

**Il s'agit des choses que je veux accomplir au cours des trois prochains mois.**

Objectif n° 1 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

Objectif n° 2 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

Objectif n° 3 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

## OBJECTIFS À LONG TERME

**Il s'agit des choses que je souhaite accomplir au cours des trois prochaines années.**

Objectif n° 1 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

Objectif n° 2 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

Objectif n° 3 : \_\_\_\_\_ Date d'achèvement prévue : \_\_\_\_\_

Mesure à prendre (comment vais-je y parvenir ?) \_\_\_\_\_

Mesure à prendre : \_\_\_\_\_

## CONDITIONS DE VIE :

**Voici où je prévois de vivre après mes 18 ans :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Colocataires/membres du ménage : \_\_\_\_\_

Plan de soutien : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS IMPORTANTS :

**Voici les documents que je dois garder en ma possession :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité avec photo (vérification de la mise en liberté ou autre pièce d'identité) | <input type="checkbox"/> Dossier scolaire                  |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'acquittement de l'ORR  | <input type="checkbox"/> Dossier médical                   |
| <input type="checkbox"/> Documents juridiques   | <input type="checkbox"/> Lettre de l'OTIP (le cas échéant) |
| <input type="checkbox"/> Une copie originale de mon acte de naissance   | <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |

## APTITUDES À LA VIE AUTONOME

**Points forts : Quelles sont les compétences que je suis capable d'acquérir seul ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nettoyage                             | <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle (douche, brossage des dents, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Préparation des repas                 | <input type="checkbox"/> Premiers secours de base                               |
| <input type="checkbox"/> Utilisation des ustensiles de cuisine | <input type="checkbox"/> Gestion de l'argent                                    |
| <input type="checkbox"/> Faire des courses                     | <input type="checkbox"/> Communiquer avec les autres                            |
| <input type="checkbox"/> Laver le linge                        | <input type="checkbox"/> Gestion du temps                                       |
| <input type="checkbox"/> Prendre des rendez-vous               | <input type="checkbox"/> Utiliser une carte                                     |
| <input type="checkbox"/> Se déplacer en transports publics     | <input type="checkbox"/> Autre  |

**Besoins : Quelles sont les compétences que je souhaite améliorer dans le cadre de ma préparation à l'indépendance ?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PLAN DE TRANSPORT :

**Voici comment je prévois de me déplacer de façon autonome :**

- Marche     Vélo     Conduite
- Famille/ami : \_\_\_\_\_
- Transports publics
- Instructions (type, coût, lieu) : \_\_\_\_\_



# PLAN DE VIE AUTONOME

## GESTION DE L'ARGENT :

### Voici mes informations bancaires :

Actuellement, j'ai :  Un compte courant       Un compte d'épargne

Si oui, quel est le nom de ma banque ? \_\_\_\_\_

### Après mes 18 ans, je recevrai un appui financier des sources suivantes (famille/amis, allocations, etc.)

Source : \_\_\_\_\_ Montant mensuel : \_\_\_\_\_

Source : \_\_\_\_\_ Montant mensuel : \_\_\_\_\_

Source : \_\_\_\_\_ Montant mensuel : \_\_\_\_\_

## PRESTATIONS DE SANTÉ/ASSURANCE

### Voici les informations relatives à mes prestations de santé et à mon assurance (le cas échéant).

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Informations sur l'assurance : \_\_\_\_\_

### Voici le nom et les coordonnées de ma pharmacie.

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

### Voici mes médicaments actuels.

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Instructions : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Instructions : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Instructions : \_\_\_\_\_

## PRESTATAIRES DE SERVICES ACTUELS

### Voici mes prestataires de services actuels.

#### Soins médicaux

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_



# PLAN DE VIE AUTONOME

## Soins dentaires

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Vue

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Santé mentale

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Services juridiques

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Formation

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Loisir

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## J'affirme que nous avons discuté et accepté le plan ci-dessus.

Nom du jeune	Signature du jeune	Date
Nom d'un adulte responsable	Signature de l'adulte responsable	Date
Nom de l'assistant social	Signature de l'assistant social	Date