Nom :_____ Date : _____

MES DROITS :

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.

Bénéficier de 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 de maltraitance ou de trafic, si j'ai besoin d'une assistance 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.

☐ **911 (en cas d'urgence)**	☐ Centre d'appels du Bureau de réinstallation des réfugiés (ORR) : 1-800-203-7001
☐ Ligne d'assistance téléphonique pour les enfants victimes d'abus : 1-800-422-4453	☐ Ligne nationale d'assistance téléphonique contre la traite d'êtres humains : 1-888-373-7888
☐ Ligne d'assistance téléphonique pour la prévention du suicide : 988	☐ Planification familiale : 1-800-230-7526
☐ Ligne d'assistance téléphonique pour les victimes de violence domestique : 1-800-799-7233	☐ Ligne d'assistance téléphonique du Bureau exécutif d'examen des dossiers d'immigration (EOIR) : 1-800-898-7180
☐ Ligne téléphonique d'assistance en cas d'empoisonnement : 1-800-222-1222	☐ Autres :

DOCUMENTS IMPORTANTS

Voici les documents que je dois garder en ma possession :

- ☐ Pièce d'identité avec photo (carte VOR de remise en liberté ou autre pièce d'identité)
- ☐ Formulaire I-94
- ☐ Carte d'autorisation de travail
- ☐ Lettre d'éligibilité de l'ORR (Bureau de réinstallation des réfugiés)
- ☐ Autre : _____
- ☐ Dossiers scolaires
- ☐ Dossiers médicaux
- ☐ Documents juridiques
- ☐ Lettre de l'OTIP (le cas échéant)

OBJECTIFS À COURT TERME

Voici ce que je souhaite 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

Voici ce 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 :

_____

STRATÉGIES DE GESTION DU STRESS ET PLAN DE SOINS

Voici ce que je peux faire par moi-même pour me calmer, atténuer le stress que je ressens et me sentir mieux.

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

PERSONNES DE CONFIANCE

Voici les personnes de confiance vers lesquelles je peux me tourner pour obtenir de l'aide.

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse :

_____

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse :

_____

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse :

_____

CONDITIONS DE LOGEMENT

Voici où je prévois de vivre après mes 18 ans :

Adresse :

_____

Colocataires/membres du foyer : _____

Plan de soutien :

_____

APTITUDES À LA VIE AUTONOME

Points forts : de quelles aptitudes suis-je capable en toute autonomie ?

- ☐ Ménage
- ☐ Préparation de repas
- ☐ Utilisation de matériel de cuisine
- ☐ Faire les courses
- ☐ Lessive
- ☐ Prendre des rendez-vous
- ☐ Prendre les transports en commun
- ☐ Hygiène personnelle (se doucher, se brosser les dents, etc.)
- ☐ Premiers secours
- ☐ Gestion de l'argent
- ☐ Communiquer avec les autres
- ☐ Gestion du temps
- ☐ Lire une carte
- ☐ Autre

Domaines à améliorer : quelles aptitudes dois-je améliorer pour me préparer à l'autonomie ?

A. _____ C. _____

B. _____ D. _____

PLAN DE TRANSPORT

Voici comment je compte me déplacer de manière autonome :

☐ À pied ☐ À vélo ☐ En voiture

☐ Famille/amis : _____

☐ Transports en commun

Détails (type, coût, emplacement) :

_____

GESTION DE L'ARGENT

Voici mes coordonnées bancaires :

Je dispose actuellement d'un : ☐ Compte courant ☐ Compte d'épargne

Si oui, quel est le nom de ma banque ? _____

Je recevrai une aide financière des sources suivantes après mes 18 ans (famille/amis, allocations, etc.)

☐ Source : _____ Montant mensuel : _____

☐ Source : _____ Montant mensuel : _____

☐ Source : _____ Montant mensuel : _____

PRESTATIONS DE SANTÉ/ASSURANCE

Voici mes prestations et mon assurance de santé actuelles (le cas échéant).

Nom : _____ Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Voici le nom et les coordonnées de ma pharmacie.

Nom de la pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Voici les médicaments que je prends actuellement.

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 : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Soins dentaires

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Soins ophtalmologiques

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Soins de santé mentale

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Assistance juridique

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Éducation

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Loisirs

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____

Autre

Nom : _____Téléphone : _____

Informations de l'assurance :

_____