



REFERRED TO — DESTINATAIRE	PURPOSE — OBJET	DATE	INITIAL — INITIALES	P.A. DATE — DATE DE RANGE - MENT	B.F. DATE — DATE DE RAPPEL	INITIAL — INITIALES	RECORDS INSPECTION — EXAMEN DU SERVICE DES ARCHIVES
SD19	448667	19.11.82	23.11.82	RK	30/12/82	04/01/83	OK
SD19	448667	13F	4/1/83	MD	4/01/83		OK
FILE CLOSED							
FILE CLOSED							

JN-E-6610-2-306

VOL. No. — VOL. No.

FILE NUMBER - DOSSIER N°

E - 6610 - 2 - 306

FROM - DE

SUBJECT — SUJET

REHABILITATION - DRUG AND ALCOHOL ABUSE

TO - 4

- SPLIT LAKE

LAND 10-350A (7-81) 7690-21-023-9347

000001



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

JAN 04 1983

MEMORANDUM

NOTE DE SERVICE

953

TO
À

C. Quast
District Manager
Thompson, Manitoba

FROM
DE

Attention: W.C. Ghostkeeper

J. Sanderson
Reg. Supt. Preventive Services
Manitoba Region

SECURITY - CLASSIFICATION - DE SÉCURITÉ
OUR FILE/NOTRE RÉFÉRENCE E-6610-2-306 (SD19)
YOUR FILE/VOTRE RÉFÉRENCE
DATE December 30, 1982

SUBJECT
OBJET

Re: Split Lake Band s.19(1)

I am withholding approval of the attached "Initial Adult Placement and Authority Form" until I have more information regarding the nature of this placement.

The Social Development Program does not normally pay any charges relating to alcoholism treatment programs offered on an in-patient basis. Further it is my understanding that the costs relating to placement in Northwin House have up to now been paid by Provincial Income Security Office in Thompson.

If there are special considerations surrounding this case please advise me of them and I will assess the request for payment.

J. Sanderson
J. Sanderson



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

MEMORANDUM

NOTE DE SERVICE

TO
A

W.C. Ghostkeeper
A/Supt. Social Development

FROM
DE

J. Cook
Social Development Administrator

SUBJECT
OBJET

████████████████████ Split Lake Band.

The above mentioned was referred and placed at Northwin House in Thompson on October 21, 1982 by Lynn Labow, Public Health Nurse in Split Lake.

s.19(1)

████████████████████ was physically abused by her husband, ██████████, on several occasions and with her request to leave Split Lake to seek alcohol counselling and personal (marital) counselling she was referred to our office for assistance.

During her stay at Northwin House she received counselling and I filled out an "Initial Adult Placement and Authority Form" and informed her to make an appointment with Provincial Welfare if she plans on making Thompson her residence.

J. Cook
Social Development Administrator

SECURITY - CLASSIFICATION - DE SÉCURITÉ
OUR FILE/NOTRE RÉFÉRENCE
E6610-2-306 (SD3)
YOUR FILE/VOTRE RÉFÉRENCE
DATE
February 9, 1983



Indian and Northern Affairs Affaires indiennes et du Nord

INITIAL ADULT PLACEMENT AND AUTHORITY FORM
AUTORISATION DE PREMIERE PRISE EN CHARGE D'UN ADULTEApproval is hereby given for payment on behalf of the undermentioned
La présente autorise le versement, au nom de la personne susmentionnéePerson at the rate of \$
de la somme de☐ Daily
Par jour☐ Weekly
Par semaine☒ Monthly
Par moisPayable to:
à☐ An Individual
Une personne☐ An Institution
Un établissement

File No. - Dossier n°	Date NOVEMBER 15, 1982
Agency or District - Agence ou district THOMPSON	
Authority Number - Autorisation n°	
From - De OCTOBER 21, 1982	To - À
Sex - Sexe <input type="checkbox"/> Male Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Female Féminin	Religion R.C.
Date of Birth - Date de naissance	
2. Band and Band Number - Nom et numéro de la bande Split Lake Band	

1. Name of dependant Adult - Nom de l'adulte pris à charge.

3. Outline the circumstances that necessitated care being provided - Description des circonstances qui ont entraîné la prise à charge.

Counselling on a daily basis to deal in alcohol programs, to be able to deal with problems if they would occur.

4. Plan proposed (indicate where applicant is to be placed including, if this is a private home, name, address, band & band number (if Indian) and relationship to applicant, also state who recommended the placement.

Dispositions proposées (donnez l'endroit où le requérant doit être envoyé, c'est-à-dire, s'il s'agit d'une maison privée, donnez le nom, l'adresse, le nom et le numéro de la bande (s'il s'agit d'un Indien) et le lien de parenté avec le requérant), donnez également le nom de la personne qui recommande la prise à charge.

Northwin House
c/o Thompson Crisis Centre
18-100 Goldeye Crescent
THOMPSON, Manitoba

5. Total cost of care per month Coût total mensuel des soins	\$ 310.00
Deduct amount to be paid by applicant and/or from other source Moins le montant versé par le requérant ou provenant d'autres sources	\$
TOTAL	\$ 310.00

6. Diagnosed medical condition, state: - Diagnostic de l'état de santé:

(If any of the following questions can be answered "yes", please mark thus ☒) - (Indiquez au moyen d'un ☒ les réponses affirmatives aux questions suivantes)

- (a) Is there reasonable expectation of a substantial improvement of the medical condition if under active treatment?
Peut-on espérer une amélioration sensible de l'état de santé du requérant s'il subit un traitement suivi? ☒
- (b) Is there reasonable expectation that active treatment will result in a return to a useful life in a private home?
Peut-on espérer qu'un traitement suivi dans une maison privée aura pour résultat de ramener le requérant à une vie active? ☐
- (c) Is the continuous supervision of nursing care by a registered nurse essential in the treatment of this case?
Est-ce que le traitement de cette maladie exige la surveillance et les soins d'une infirmière diplômée? ☐
- (d) Is it necessary to have regular attendance by a Doctor as frequently as once every week for this case?
Est-il nécessaire que le requérant reçoive les visites régulières d'un médecin au moins une fois par semaine? ☒ once a month

7. State source and amount of applicant's financial resources (Income, Old Age Security, Old Age Allowances, Dependent Persons' Allowance, Blind Persons' Allowances, etc.)

Indiquez la source et la somme des revenus du requérant (Revenu, pension de sécurité de la vieillesse, allocation de vieillesse, allocation de personne à charge, allocations d'aveugle, etc.)

NIL

8. Can adult children or other close relatives provide accommodation or financial assistance?

Est-ce que des enfants adultes ou d'autres proches parents du requérant peuvent fournir une aide financière ou l'hébergement? ☐ Yes
Oui ☒ No
Non
(If "yes" give details)
(Dans l'affirmative, expliquez)

9. If this person has not been residing on an Indian Reserve, indicate whether off-Reserve residence has been established.

Si cette personne n'habitait pas une réserve indienne, indiquez si le requérant s'est établie légalement en dehors de la réserve. ☒ Yes
Oui ☐ No
Non
(If "yes" give details)
(Dans l'affirmative, expliquez)

10. Date placement made on - Date de la prise en charge

Placement By - Prise en charge par

OCTOBER 21, 1982

LYNN LABOW, P.H.N. SPLIT LAKE

I hereby certify that to the best of my knowledge this application is warranted and accordingly I authorize the required payments to be made.
J'atteste par les présentes que, au meilleur de ma connaissance, la présente demande est justifiée et, par conséquent, j'autorise le versement des sommes susmentionnées.

NOVEMBER 15, 1982

Date

Agency Superintendent - Surintendant de l'agence

SEE REVERSE FOR DISTRIBUTION INSTRUCTIONS
VOIR AU VERSO POUR LES DIRECTIVES DE DISTRIBUTION

s.19(1)



Indian and Northern Affairs Affaires indiennes et du Nord

INITIAL ADULT PLACEMENT AND AUTHORITY FORM
AUTORISATION DE PREMIERE PRISE EN CHARGE D'UN ADULTE

Approval is hereby given for payment on behalf of the undermentioned
La présente autorise le versement, au nom de la personne susmentionnée
Person at the rate of \$
de la somme de

- ☐ Daily ☐ Weekly ☒ Monthly
Par jour Par semaine Par mois
- Payable to: ☐ An Individual ☐ An Institution
à Une personne Un établissement

File No. - Dossier n°		Date
		NOVEMBER 15, 1982
Agency or District - Agence ou district		
THOMPSON		
Authority Number - Autorisation n°		
From - De		To - À
OCTOBER 21, 1982		
Sex - Sexe	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Masculin Féminin	Religion
		R.C.
Date of Birth - Date de naissance		

1. Name of dependant Adult - Nom de l'adulte pris à charge.	2. Band and Band Number - Nom et numéro de la bande
	Split Lake Band

3. Outline the circumstances that necessitated care being provided - Description des circonstances qui ont entraîné la prise à charge.

Counselling on a daily basis to deal in alcohol programs, to be able to deal with problems if they would occur.

4. Plan proposed (indicate where applicant is to be placed including, if this is a private home, name, address, band & band number (if Indian) and relationship to applicant, also state who recommended the placement.
Dispositions proposées (donnez l'endroit où le requérant doit être envoyé, c'est-à-dire, s'il s'agit d'une maison privée, donnez le nom, l'adresse, le nom et le numéro de la bande (s'il s'agit d'un Indien) et le lien de parenté avec le requérant), donnez également le nom de la personne qui recommande la prise à charge.

Northwin House
c/o Thompson Crisis Centre
18-100 GoldeyeCrescent
THOMPSON, Manitoba

5. Total cost of care per month	\$ 310.00
Coût total mensuel des soins	
Deduct amount to be paid by applicant and/or from other source	\$
Moins le montant versé par le requérant ou provenant d'autres sources	
TOTAL	\$ 310.00

6. Diagnosed medical condition, state: - Diagnostic de l'état de santé:

(If any of the following questions can be answered "yes", please mark thus [x]) - (Indiquez au moyen d'un [x] les réponses affirmatives aux questions suivantes)

(a) Is there reasonable expectation of a substantial improvement of the medical condition if under active treatment? [x]
Peut-on espérer une amélioration sensible de l'état de santé du requérant s'il subit un traitement suivi?

(b) Is there reasonable expectation that active treatment will result in a return to a useful life in a private home? []
Peut-on espérer qu'un traitement suivi dans une maison privée aura pour résultat de ramener le requérant à une vie active?

(c) Is the continuous supervision of nursing care by a registered nurse essential in the treatment of this case? []
Est-ce que le traitement de cette maladie exige la surveillance et les soins d'une infirmière diplômée?

(d) Is it necessary to have regular attendance by a Doctor as frequently as once every week for this case? [x] once a month
Est-il nécessaire que le requérant reçoive les visites régulières d'un médecin au moins une fois par semaine?

7. State source and amount of applicant's financial resources (Income, Old Age Security, Old Age Allowances, Dependent Persons' Allowance, Blind Persons' Allowances, etc.)
Indiquez la source et la somme des revenus du requérant (Revenu, pension de sécurité de la vieillesse, allocation de vieillesse, allocation de personne à charge, allocations d'aveugle, etc.)

NIL

8. Can adult children or other close relatives provide accommodation or financial assistance?
Est-ce que des enfants adultes ou d'autres proches parents du requérant peuvent fournir une aide financière ou l'hébergement? [] Yes [x] No
Oui Non
(If "yes" give details)
(Dans l'affirmative, expliquez)

9. If this person has not been residing on an Indian Reserve, indicate whether off-Reserve residence has been established.
Si cette personne n'habitait pas une réserve indienne, indiquez si le requérant s'est établie légalement en dehors de la réserve. [x] Yes [] No
Oui Non
(If "yes" give details)
(Dans l'affirmative, expliquez)

10. Date placement made on - Date de la prise en charge	Placement By - Prise en charge par
OCTOBER 21, 1982	LYNN LABOW, P.H.N. SPLIT LAKE

I hereby certify that to the best of my knowledge this application is warranted and accordingly I authorize the required payments to be made.
J'atteste par les présentes que, au meilleur de ma connaissance, la présente demande est justifiée et, par conséquent, j'autorise le versement des sommes susmentionnées.

NOVEMBER 15, 1982

Date

Agency Superintendent - Surintendant de l'agence

s.19(1)



Indian and Northern Affairs Affaires indiennes et du Nord

INITIAL ADULT PLACEMENT AND AUTHORITY FORM
AUTORISATION DE PREMIERE PRISE EN CHARGE D'UN ADULTEApproval is hereby given for payment on behalf of the undermentioned
La présente autorise le versement, au nom de la personne susmentionnéePerson at the rate of \$
de la somme de☐ Daily
Par jour☐ Weekly
Par semaine☒ Monthly
Par moisPayable to:
à☐ An Individual
Une personne☐ An Institution
Un établissement

File No. - Dossier n°	Date NOVEMBER 15, 1982
Agency or District - Agence ou district THOMPSON	
Authority Number - Autorisation n°	
From - De OCTOBER 21, 1982	To - À
Sex - Sexe <input type="checkbox"/> Male Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Female Féminin	Religion R.C.
Date of Birth - Date de naissance	
1. Name of dependant Adult - Nom de l'adulte pris à charge. [REDACTED]	
2. Band and Band Number - Nom et numéro de la bande Split Lake Band [REDACTED]	

3. Outline the circumstances that necessitated care being provided - Description des circonstances qui ont entraîné la prise à charge.

Counselling on a daily basis to deal in alcohol programs, to be able to deal with problems if they would occur.

4. Plan proposed (indicate where applicant is to be placed including, if this is a private home, name, address, band & band number (if Indian) and relationship to applicant, also state who recommended the placement.)

Dispositions proposées (donnez l'endroit où le requérant doit être envoyé, c'est-à-dire, s'il s'agit d'une maison privée, donnez le nom, l'adresse, le nom et le numéro de la bande (s'il s'agit d'un Indien) et le lien de parenté avec le requérant), donnez également le nom de la personne qui recommande la prise à charge.

**Northwin House
c/o Thompson Crisis Centre
18-100 Goldeye Crescent
THOMPSON, Manitoba**

5. Total cost of care per month Coût total mensuel des soins	\$ 310.00
Deduct amount to be paid by applicant and/or from other source Moins le montant versé par le requérant ou provenant d'autres sources	\$ _____
TOTAL	\$ 310.00

6. Diagnosed medical condition, state: - Diagnostic de l'état de santé:

(If any of the following questions can be answered "yes", please mark thus ☒) - (Indiquez au moyen d'un ☒ les réponses affirmatives aux questions suivantes)

- (a) Is there reasonable expectation of a substantial improvement of the medical condition if under active treatment?
Peut-on espérer une amélioration sensible de l'état de santé du requérant s'il subit un traitement suivi? ☒
- (b) Is there reasonable expectation that active treatment will result in a return to a useful life in a private home?
Peut-on espérer qu'un traitement suivi dans une maison privée aura pour résultat de ramener le requérant à une vie active? ☐
- (c) Is the continuous supervision of nursing care by a registered nurse essential in the treatment of this case?
Est-ce que le traitement de cette maladie exige la surveillance et les soins d'une infirmière diplômée? ☐
- (d) Is it necessary to have regular attendance by a Doctor as frequently as once every week for this case?
Est-il nécessaire que le requérant reçoive les visites régulières d'un médecin au moins une fois par semaine? ☒ **once a month**

7. State source and amount of applicant's financial resources (Income, Old Age Security, Old Age Allowances, Dependent Persons' Allowance, Blind Persons' Allowances, etc.)

Indiquez la source et la somme des revenus du requérant (Revenu, pension de sécurité de la vieillesse, allocation de vieillesse, allocation de personne à charge, allocations d'aveugle, etc.)

NIL

8. Can adult children or other close relatives provide accommodation or financial assistance?

Est-ce que des enfants adultes ou d'autres proches parents du requérant peuvent fournir une aide financière ou l'hébergement? ☐ Yes ☒ No☐ Oui ☒ Non

(If "yes" give details)

(Dans l'affirmative, expliquez)

9. If this person has not been residing on an Indian Reserve, indicate whether off-Reserve residence has been established.

Si cette personne n'habitait pas une réserve indienne, indiquez si le requérant s'est établie légalement en dehors de la réserve.

☒ Yes ☐ No

Oui

Non

(If "yes" give details)

(Dans l'affirmative, expliquez)

10. Date placement made on - Date de la prise en charge

OCTOBER 21, 1982

Placement By - Prise en charge par

LYNN LABOW, P.H.N. SPLIT LAKE

I hereby certify that to the best of my knowledge this application is warranted and accordingly I authorize the required payments to be made.

J'atteste par les présentes que, au meilleur de ma connaissance, la présente demande est justifiée et, par conséquent, j'autorise le versement des sommes susmentionnées.

NOVEMBER 15, 1982

Date

Agency Superintendent - Surintendant de l'agence

SEE REVERSE FOR DISTRIBUTION INSTRUCTIONS
VOIR AU VERSO POUR LES DIRECTIVES DE DISTRIBUTION



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

MEMORANDUM

NOTE DE SERVICE

TO
À

C. Quast
District Manager
Thompson, Manitoba

FROM
DE

Attention: W.C. Ghostkeeper

J. Sanderson
Reg. Supt. Preventive Services
Manitoba Region

SECURITY - CLASSIFICATION - DE SÉCURITÉ

OUR FILE/NOTRE RÉFÉRENCE

E-6610-2-306 (SD19)

YOUR FILE/VOTRE RÉFÉRENCE

DATE

December 30, 1982

SUBJECT
OBJET

Re: Split Lake Band

s.19(1)

I am withholding approval of the attached "Initial Adult Placement and Authority Form" until I have more information regarding the nature of this placement.

The Social Development Program does not normally pay any charges relating to alcoholism treatment programs offered on an in-patient basis. Further it is my understanding that the costs relating to placement in Northwin House have up to now been paid by Provincial Income Security Office in Thompson.

If there are special considerations surrounding this case please advise me of them and I will assess the request for payment.

J. Sanderson
J. Sanderson

SD19



Indian and Northern
Affairs Canada

Affaires indiennes
et du Nord Canada

Box 1240
Thompson, Manitoba
R8N 1P1

November 19, 1982

Your file Votre référence

Our file Notre référence 578/29-1 (SD2)

W. R. Cooke
Director of Operations
Manitoba Region

Attention: Joe Sanderson
Reg.Supt. of Preventive Services

s.19(1)

Re: [REDACTED] - Split Lake Band.

-- Enclosed please find a "Initial Adult Placement and Authority Form" for the above mentioned.

[REDACTED] was referred by Lynn Labow, P.H.N. Split Lake, and is presently receiving support services in counselling on a daily basis and sessions at A.F.M. out-patient services.

C. Quast
District Manager
Indian & Inuit Affairs
Thompson District Office

Encl:

NOV 22 8 19 82

D.I.A.N.O.
MANITOBA
11/22/82

440667

Canada

Indian and Northern Affairs Affaires indiennes et du Nord

INITIAL ADULT PLACEMENT AND AUTHORITY FORM
AUTORISATION DE PREMIERE PRISE EN CHARGE D'UN ADULTEApproval is hereby given for payment on behalf of the undermentioned
La présente autorise le versement, au nom de la personne susmentionnéePerson at the rate of \$
à la somme de☐ Daily
Par jour☐ Weekly
Par semaine☒ Monthly
Par mois

Payable to:

☐ An Individual
Une personne☐ An Institution
Un établissement

1. Name of dependant Adult - Nom de l'adulte pris à charge.

2. Outline the circumstances that necessitated care being provided - Description des circonstances qui ont entraîné la prise à charge.

Counselling on a daily basis to deal in alcohol programs, to be able to deal with problems if they would occur.

3. Plan proposed (indicate where applicant is to be placed including, if this is a private home, name, address, band & band number (if Indian) and relationship to applicant, also state who recommended the placement.

Dispositions proposées (donnez l'endroit où le requérant doit être envoyé, c'est-à-dire, s'il s'agit d'une maison privée, donnez le nom, l'adresse, le nom et le numéro de la bande (s'il s'agit d'un Indien) et le lien de parenté avec le requérant), donnez également le nom de la personne qui recommande la prise à charge.

Northwin House
c/o Thompson Crisis Centre
18-100 Goldeye Crescent
THOMPSON, Manitoba

4. Total cost of care per month \$ 310.00

Coût total mensuel des soins

Deduct amount to be paid by applicant and/or from other source \$

Moins le montant versé par le requérant ou provenant d'autres sources

TOTAL \$ 310.00

5. Diagnosed medical condition, state: - Diagnostic de l'état de santé:

(If any of the following questions can be answered "yes", please mark thus [X]) - (Indiquez au moyen d'un [X] les réponses affirmatives aux questions suivantes)

(a) Is there reasonable expectation of a substantial improvement of the medical condition if under active treatment? ☒
Peut-on espérer une amélioration sensible de l'état de santé du requérant s'il subit un traitement suivi?(b) Is there reasonable expectation that active treatment will result in a return to a useful life in a private home? ☐
Peut-on espérer qu'un traitement suivi dans une maison privée aura pour résultat de ramener le requérant à une vie active?(c) Is the continuous supervision of nursing care by a registered nurse essential in the treatment of this case? ☐
Est-ce que le traitement de cette maladie exige la surveillance et les soins d'une infirmière diplômée?(d) Is it necessary to have regular attendance by a Doctor as frequently as once every week for this case? ☒ once a month
Est-il nécessaire que le requérant reçoive les visites régulières d'un médecin au moins une fois par semaine?

6. State source and amount of applicant's financial resources (Income, Old Age Security, Old Age Allowances, Dependent Persons' Allowance, Blind Persons' Allowances, etc.)

Indiquez la source et la somme des revenus du requérant (Revenu, pension de sécurité de la vieillesse, allocation de vieillesse, allocation de personne à charge, allocations d'aveugle, etc.)

NIL

7. Can adult children or other close relatives provide accommodation or financial assistance?

Est-ce que des enfants adultes ou d'autres proches parents du requérant peuvent fournir une aide financière ou l'hébergement? ☐ Yes ☒ No

Oui Non

(If "yes" give details)

(Dans l'affirmative, expliquez)

8. If this person has not been residing on an Indian Reserve, indicate whether off-Reserve residence has been established.

Si cette personne n'habitait pas une réserve indienne, indiquez si le requérant s'est établie légalement en dehors de la réserve.

☒ Yes ☐ No

Oui Non

(If "yes" give details)

(Dans l'affirmative, expliquez)

9. Date placement made on - Date de la prise en charge

Placement By - Prise en charge par

OCTOBER 21, 1982

LYNN LABOW, P.H.N. SPLIT LAKE

I hereby certify that to the best of my knowledge this application is warranted and accordingly I authorize the required payments to be made.

J'atteste par les présentes que, au meilleur de ma connaissance, la présente demande est justifiée et, par conséquent, j'autorise le versement des sommes susmentionnées.

NOVEMBER 15, 1982

Date

Agency Superintendent - Surintendant de l'agence

SEE REVERSE FOR DISTRIBUTION INSTRUCTIONS
VOIR AU VERSO POUR LES DIRECTIVES DE DISTRIBUTION

A1

s.19(1)

Indian and Northern Affairs—Manitoba Region

REFERRAL FORM

Part A — Social/Nursing Information

PERSONAL AND CONFIDENTIAL

Name of Applicant _____
Surname _____ Given Name(s) _____ Initials _____

Home Address: General Delivery Split Lake
Number and Street City

Band SPLIT LAKE Band No. _____ Telephone No. _____

Present Location: 100 Goldeye Cres. If Institution, Date of Admission 21 10 82 Ward _____
Day Month Year

Next of Kin, or Close Friend:

1. Name: _____

Sex: Male ☐ Female ☒

Address: Gen. Delivery
Split Lake

Age: _____
Date of Birth: _____
Day Month Year

Telephone: _____

Relationship: father

Marital Status: (Circle Number)

2. Name: _____

Single ☐ Married ☒ Divorced ☐ Separated ☐ Widowed ☐

Address: _____

Family Income

Telephone: _____

Social Assistance _____

Relationship: _____

Other (Specify) _____

Family Physician: DR. K BHAT Westwood Mall
Name Address Telephone

Language Applicant prefers to speak:

English ☒ Cree ☐ Saulteaux ☐ Chipewyan ☐ Sioux ☐ Other (specify) _____

Does Applicant understand English? Yes ☒ No ☐

Level of Education Attained _____

Occupation (prior to illness or retirement) _____

Usual Living Arrangements

Accommodation:

House ☐ Room ☐ Institution ☒ Other (specify) NORTHWIN House

Does the applicant: Own ☐ Other (specify) _____

With whom living: (If other than institution)

Alone ☐ Spouse ☐ Spouse and children ☐ Children ☐ Parents ☐ Other Relatives ☐

Other (specify) _____

Is anybody available to assist applicant in activities of daily living (if needed) (If other than institution):

Yes - Fully ☐ Yes - Partially ☐ No one ☐ NA ☒

If yes, specify who: _____

INA-SD-77-9

A3

Applicant requires assistance during the day: No ☐ Yes ☒

Applicant requires assistance during the night: No ☐ Yes ☐

Any behaviour problems? No ☐ Yes, specify She has realized why and how this problem came about and wants support to be able to handle her problem; family quarrels fights with husband.

Did applicant personally provide the information recorded on this application?

☒ Yes ☐ No If no, specify _____

Which of the following programs would you suggest as the most appropriate for the applicant?

☐ Personal Care Home

☐ Home for the Aged

☒ Support Service(s)

☐ Hospital

☐ - in usual living arrangements

☐ Return to _____

☐ Rehabilitation

☐ Other, specify _____

☐ Lodging Home

Person completing this form:

☐ Social Worker

☐ Band Welfare Administrator

☐ Hospital Nurse

☐ Other (specify) Social Services Admin.

☐ Public Health Nurse

Will Public Health Nurse provide skilled nursing service or instruct family in respect to patient care?

Yes ☒ No ☐

Name: (please print) _____

Address: _____

Telephone _____

Signature: _____

Date: _____

Day Month Year

Community Services or Organizations Currently Involved:

☐ Public Health Nurse

☒ Social Service Agency

☐ Other

☐ None

Specify NORTHWIN HOUSE

Frequency daily counselling in social problem

Additional Information: (Relevant to assessment of the applicant)

At the centre a counsellor is assigned to her to help her deal with any concerns or problems that she may encounter with this referral from Public Health Nurse in home community of Split Lake



Library and Archives
Canada

395 Wellington Street
Ottawa, ON K1A 0N4

Bibliothèque et Archives
Canada

395, rue Wellington
Ottawa, ON K1A 0N4

For material still subject to legislative, contractual or institutional obligations, users warrant that they will respect those obligations and not use LAC collections in a manner that would infringe the rights of others. Liability that may arise in the use of a copy is assumed in full by the user. LAC accepts no responsibility for unauthorized use of collection material by users.

To ensure proper citation and to facilitate relocation of an item, the source of the material and its reference number should always accompany the copy.

Pour les documents faisant encore l'objet d'obligations législatives, contractuelles ou institutionnelles, les usagers s'engagent à respecter ces obligations et à ne pas utiliser les documents des collections de BAC de façon à nuire aux droits d'autrui. Ils doivent assumer entièrement toute responsabilité qui pourrait découler de l'utilisation d'une reproduction de document. BAC décline toute responsabilité quant à l'utilisation non autorisée de documents provenant de ses collections.

Afin de citer un document avec exactitude et d'en faciliter le repérage, sa source et son numéro de référence doivent toujours accompagner la reproduction.

TITLE/TITRE Health and Well-Being - Drug and Alcohol Abuse - Split Lake First Nation , 1982-11-01 - 1983-02-09

RG 010 - Indian and Inuit Affairs MG R- SERIES/SÉRIE

ACCESSION 2001-01039-7 VOL PAGE(S)

BOX/BOÎTE 11 REEL/BOBINE

FILE/DOSSIER WIN-E-6610-2-306, v. 01

DATE January 12, 2023