

**MEDICAL REPORT / ÉVALUATION MÉDICALE**

I \_\_\_\_\_ hereby agree to the release of the following information to the  
 Je \_\_\_\_\_ conviens par la présente de divulguer l'information ci-dessous  
 au  
 Department of Social Development  
 Ministère de Développement social

\_\_\_\_\_  
 Signature of Client or Trustee/  
 Signature du (de la) client(e) au fiduciaire

\_\_\_\_\_  
 Date

**The objective of this statement is to help establish the potential to obtain subsidized housing assistance or relocation for \_\_\_\_\_. For this purpose, we would appreciate receiving all relevant information. This statement must be returned to the nearest Regional SD Office. / La déclaration vise à établir la possibilité d'obtenir un logement subventionné ou un déménagement pour \_\_\_\_\_. À cette fin, nous aimerions recevoir toute l'information pertinente. La déclaration doit être retournée au bureau régional de DS le plus près.**

*This statement is to be completed and signed by a doctor or health care provider / La déclaration doit être remplie et signée par un médecin ou un fournisseur de soins de santé.*

Diagnosis (including complications) / Diagnostic (y compris les complications) :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date of diagnosis: / Date du diagnostic : Day/Jour \_\_\_ Month/Mois \_\_\_ Year/Année \_\_\_

How long has this impairment of medical condition existed? / Depuis combien de temps cette détérioration d'état pathologique existe-t-elle?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Type of treatment and probable length of time required for treatment: / Type et durée probable du traitement :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

At what hospital/city will the treatment be given? / À quel hôpital ou dans quelle ville le traitement sera-t-il donné ? \_\_\_\_\_

Is the patient following recommended treatments? / Le patient suit-il les traitements recommandés ?  
 Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Tel./Téléphone :	P. O. Box	Case postale
(506) -	Street	Rue
Faxé/Télocopieur :	City	Ville
(506) -	New Brunswick	Nouveau-Brunswick
	Postal Code	Code postale

Relevant/significant medical history relating to the diagnosis(es) listed above :  
 Antécédents médicaux importants ou pertinents par rapport au diagnostic ci-dessus :

---



---

Have you visited the patient's current residence? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Avez-vous visité la résidence actuelle du patient ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

If Yes, please indicate date of visit: / Si oui, précisez la date de la visite : \_\_\_\_\_

In your professional opinion, is the patient's current residence contributing to the deterioration of their health? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Selon votre avis professionnel, la résidence actuelle du patient contribue-t-elle à la détérioration de sa santé ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

If Yes, please specify how: / Si oui, précisez comment :

---



---



---



---

Additional Comments: / Observations supplémentaires :

---



---

\_\_\_\_\_  
 Name of Doctor or Health Care Provider (Please print) Telephone / Téléphone  
 Nom du médecin ou fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
 Signature of Doctor or Health Care Provider  
 Signature du médecin ou fournisseur de soins de santé

\_\_\_\_\_  
 Date

This information is confidential. Its only intended use by the Department of Social Development is to assist the above-mentioned client. / Ces renseignements sont confidentiels. Ils seront utilisés par le Ministère de Développement social uniquement pour aider le client susmentionné.

Tel./Téléphone :	P. O. Box	Case postale
(506) -	Street	Rue
Faxé/Télocopieur :	City	Ville
(506) -	New Brunswick	Nouveau-Brunswick
	Postal Code	Code postale