

**CARE PLAN INFORMATION
RENSEIGNEMENTS SUR LE PLAN DE SOINS**

CONTACT NUMBERS: PERSONNES-RESSOURCES :

Phone / Tél. _____ Phone / Tél. _____

After Hours / Après les heures de travail _____

**CLIENT'S BACKUP PLAN
PLAN DE DÉPANNAGE DU CLIENT**

In the event of a service breakdown or emergency, the contact/backup person is:
En cas d'urgence ou d'interruption du service, la personne-ressource est :

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Name / Nom _____ | Address Adresse _____ |
| Relationship Lien de parenté _____ | _____ |
| Home Phone Tél. (domicile) _____ | Work Phone Tél. (bureau) _____ |

Backup plan discussed with and agreed to by person named as backup:
La personne susmentionnée a été avisée et accepte d'apporter son aide :

Yes _____ No _____ Comments: _____
Oui _____ Non _____ Commentaires: _____

| | |
|--|--|
| Client/Designated Representative signature <i>Signature du client ou du représentant autorisé</i> | Case Co-ordinator signature <i>Signature du coordonnateur de dossiers</i> |
| _____ | _____ |
| Date _____ | Date _____ |