



[interventionstaff@youthimpact.org](mailto:interventionstaff@youthimpact.org)  
199, rue St. George Street, Moncton, NB E1C 1V6  
Direct : 506-869-6341 Fax : 506-869-6444

**DRUG INTERVENTION PROGRAM / PROGRAMME D'INTERVENTION EN TOXICOMANIE**

**REFERRAL FOR SERVICES / DEMANDE DE SERVICE**

**Referral Date / Date de la demande :** \_\_\_\_\_

**Language preferred / Langue de préférence :** \_\_\_\_\_

**Client's Name / Nom du client :** \_\_\_\_\_

**DOB / Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Address/Adresse :** \_\_\_\_\_

**City/Ville :** \_\_\_\_\_

**Province :** \_\_\_\_\_

**Postal Code / Code postal :** \_\_\_\_\_

**Telephone/Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Please specify what drugs are being used. /  
Veuillez indiquer le ou les types de drogues consommés.** \_\_\_\_\_

**Is there a history or current conflict with the law? \_\_\_\_\_ Yes/Oui \_\_\_\_\_ No/Non**

**Le client a-t-il des démêlés avec la loi (présentement ou par le passé)?**

**REFERRING COUNSELLOR INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER  
(IF APPLICABLE / LE CAS ÉCHÉANT)**

**Counsellor Name / Nom du conseiller :** \_\_\_\_\_

**Telephone/Téléphone:** \_\_\_\_\_

**Dept. or Agency / Ministère ou agence :** \_\_\_\_\_

**E-mail/Courriel :** \_\_\_\_\_

**Observed barriers and strengths or pertinent information / Difficultés et forces notées ou autres informations pertinentes :**

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