

DÉCLARATION ET ENGAGEMENT DU POSTULANT

SECTION 1 – IDENTIFICATION DU POSTULANT

☞ Complétez la section appropriée selon que vous êtes postulant personne physique (A), personne morale (B) ou société de personnes (C)
Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant.

A – POSTULANT(S) PERSONNE(S) PHYSIQUE(S)

| POSTULANT 1 | POSTULANT 2 (le cas échéant) |
|---|---|
| NOM DE FAMILLE * <input type="text"/> | NOM DE FAMILLE * <input type="text"/> |
| PRÉNOM * <input type="text"/> | PRÉNOM * <input type="text"/> |
| SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> | DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> |
| TÉLÉPHONE <input type="text"/> | TÉLÉPHONE <input type="text"/> |
| ADRESSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | ADRESSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. | Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. |

B – POSTULANT PERSONNE MORALE

| PERSONNE MORALE | PERSONNE MANDATÉE (pour agir au nom de la personne morale) |
|---|---|
| NOM * <input type="text"/> | NOM DE FAMILLE * <input type="text"/> |
| DÉNOMINATION SOCIALE * <input type="text"/> | PRÉNOM * <input type="text"/> |
| NEQ * <input type="text"/> | SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> | DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> |
| TÉLÉPHONE <input type="text"/> | TÉLÉPHONE <input type="text"/> |
| ADRESSE SIÈGE SOCIAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | ADRESSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. | Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. |

C – POSTULANT SOCIÉTÉ DE PERSONNES

| SOCIÉTÉ DE PERSONNES | | PERSONNE MANDATÉE (pour agir au nom de la société de personnes) | |
|---|--|---|--|
| NOM * | <input type="text"/> | NOM DE FAMILLE * | <input type="text"/> |
| NEQ * | <input type="text"/> | PRÉNOM * | <input type="text"/> |
| TÉLÉPHONE | <input type="text"/> | SEXE | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| TÉLÉCOPIEUR | <input type="text"/> | DATE DE NAISSANCE | <input type="text"/> |
| ADRESSE SIÈGE SOCIAL | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | TÉLÉPHONE | <input type="text"/> |
| | | ADRESSE | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. | | Les données précédées d'un astérisque (*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF du postulant. | |

D – ADRESSE DE LA RESSOURCE


| | | |
|---------|--|--|
| ADRESSE | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> MÊME ADRESSE QUE LE POSTULANT |
|---------|--|--|

SECTION 2 – HISTORIQUE À TITRE DE RI-RTF OU RESSOURCE AUTRE

Avez-vous déjà conclu une entente spécifique ou particulière ou un contrat de services avec un établissement de santé et de services sociaux au Québec?

Oui

Non

 Si oui, complétez-la ou les sections suivantes pour chaque entente spécifique ou particulière ou contrat de services

| ENTENTE OU CONTRAT 1 | ENTENTE OU CONTRAT 2 (le cas échéant) |
|--|--|
| ÉTABLISSEMENT <input type="text"/> | ÉTABLISSEMENT <input type="text"/> |
| NOM DE LA RESSOURCE OU DES RÉPONDANTS <input type="text"/> <input type="text"/> | NOM DE LA RESSOURCE OU DES RÉPONDANTS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ADRESSE DE LA RESSOURCE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | ADRESSE DE LA RESSOURCE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Catégorie de la ressource : <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Type familial Autre précisez : <input type="text"/> | Catégorie de la ressource : <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Type familial <input type="checkbox"/> Autre précisez : <input type="text"/> |
| Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur? <input type="checkbox"/> Oui Date de fin prévue <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non Date de fin <input type="text"/> | Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur? <input type="checkbox"/> Oui Date de fin prévue <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non Date de fin <input type="text"/> |

Le cas échéant, indiquez le nom ou les motifs de fin :

Commentaires :

Le cas échéant, indiquez le nom ou les motifs de fin :

Commentaires :

SECTION 3 - DÉCLARATION

JE DÉCLARE :

- Être majeur.
- Être citoyen canadien ou résident permanent.
- Avoir une place d'affaires au Canada (RI seulement).
- Ne pas avoir d'antécédent judiciaire en lien avec la fonction de ressource.
- Ne pas avoir eu une révocation de reconnaissance ou une fin d'entente spécifique ou particulière avec un établissement pour avoir fait défaut d'assurer un milieu de vie et des services de soutien et d'assistance de qualité aux usagers ou parce que la santé, la sécurité ou le bien-être des usagers étaient menacés quel que soit le délai écoulé depuis cette révocation ou fin d'entente.
- Ne pas avoir eu une fin d'entente spécifique ou particulière avec un établissement pour motif sérieux ou pour non-conformité avec un ou des critères généraux déterminés par le ministre au cours des trois (3) dernières années.
- Ne pas avoir eu recours, au cours des trois dernières années, à une loi visant l'insolvabilité (personne physique, dirigeant et administrateur) ou ne pas avoir eu recours, au cours des cinq dernières années, à une loi visant l'insolvabilité (personne morale et société de personnes).
- Si requis, que l'entreprise est immatriculée au Registraire des entreprises du Québec.

SECTION 4 - ENGAGEMENT

JE M'ENGAGE À :

- Contracter et à maintenir une assurance habitation et une assurance responsabilité civile générale pour mes activités autres que celles de ressource.
- Garantir la présence dans le milieu de vie d'au moins une personne possédant une formation à jour d'un organisme reconnu en réanimation cardiovasculaire et en secourisme général.
- Fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la Loi sur le bâtiment et les lois et règlements en matière de sécurité incendie.
- Remplir le formulaire *Déclaration relative aux antécédents judiciaires* et transmettre une copie à l'établissement.
- Le cas échéant, faire remplir pour chacune des personnes concernées le formulaire *Déclaration relative aux antécédents judiciaires* (l'associé, l'administrateur et toute personne majeure vivant sous le même toit que les usagers confiés par l'établissement) et transmettre une copie à l'établissement.
- Faire remplir par le corps de police ou par un service de vérification privé de mon choix le formulaire *Rapport de vérification des antécédents judiciaires*, pour moi-même et pour toutes les personnes ayant rempli le formulaire *Déclaration relative aux antécédents judiciaires* et transmettre l'original à l'établissement.
- Prendre les moyens nécessaires pour m'assurer qu'en tout temps, toute personne majeure autre qu'un usager, vivant dans la résidence principale de la ressource, n'a pas d'antécédent judiciaire qui pourrait compromettre la santé ou la sécurité des usagers.
- Mettre en place et maintenir une procédure qui prévoit la vérification des antécédents judiciaires pour toute personne majeure requise pour agir auprès des usagers.
- Aviser l'établissement lors d'un changement d'une composante de la ressource en lien avec un ou des critères généraux déterminés par le ministre, et ce, dans les meilleurs délais.

SECTION 5 - AUTORISATIONS

Autorisation de vérification des déclarations

Par la signature du présent document, j'autorise l'établissement concerné par la collecte d'informations à communiquer avec tout établissement de santé et de services sociaux du Québec afin de vérifier les déclarations qui y sont faites. J'autorise, le cas échéant, tout établissement à communiquer les renseignements nécessaires à cette vérification à l'établissement concerné.

Les informations précédées d'un astérisque () sont celles qui serviront de critères de recherche pour effectuer cette vérification.*

Autorisation d'obtention des dossiers antérieurs ou en cours d'une ressource intermédiaire ou de type familial ou d'une ressource autre

- Personne Physique

Par la signature du présent document, j'autorise tout établissement identifié à la section 2 à transmettre à l'établissement concerné par la collecte d'information une copie des documents contenus à mon dossier, de ressource intermédiaire, de ressource de type familial ou de ressource autre que celui-ci juge nécessaires pour démontrer la qualité des services rendus aux usagers.

- Personne morale ou société de personnes

Par la signature du présent document, à titre de représentant dûment autorisé du postulant personne morale ou société de personnes, j'autorise tout établissement identifié à la section 2 à transmettre à l'établissement concerné par la collecte d'information, une copie des documents contenus au dossier de ressource intermédiaire de cette personne morale ou de cette société de personnes que celui-ci juge nécessaires pour démontrer la qualité des services rendus aux usagers.

SECTION 6 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement par l'établissement de toute candidature à titre de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial. Les renseignements personnels sont confidentiels et ne peuvent être divulgués sans consentement de la personne concernée, sauf dans les cas prévus par la loi.

L'utilisation des renseignements personnels ne se fera par l'établissement qu'aux seules fins d'évaluation de la candidature à titre de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial. Les copies de documents, qui seront déposées au dossier du postulant, seront conservées selon les règles de conservation de la documentation de l'établissement.

L'accès à ces renseignements est réservé aux seules personnes de l'établissement habilitées à les recevoir lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leur fonction.

SECTION 7 – SIGNATURE DE LA PERSONNE PHYSIQUE AUTORISÉE

JE CERTIFIE QUE :

- Je comprends la nature et la portée des déclarations et des autorisations contenues dans le présent document.
- Je suis dûment autorisé à signer cette déclaration au nom de la personne morale ou de la société de personnes (si applicable).
- Je comprends que toute fausse déclaration ou que toute déclaration non conforme aux critères généraux du ministre peut entraîner le rejet de ma candidature ou de celle de la personne morale ou de la société de personnes à titre de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial par l'établissement concerné par la collecte.
- Les renseignements fournis dans le présent document sont complets et exacts.



EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À :

DATE:

Signature **OBLIGATOIRE**