

DÉCLARATION ET ENGAGEMENT RTF ET (RIMA JEUNESSE)

Veillez remplir cette déclaration en prenant soin d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie

SECTION 1 - IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

☞ Complétez toutes les sections

A | PERSONNE(S) PHYSIQUE(S)

SIGNATAIRE DE L'ENTENTE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (si vous portez plus d'un nom de famille, veuillez inscrire vos noms dans l'ordre usuel)			PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE Année Mois Jour			SEXE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		TÉLÉPHONE
ADRESSE ACTUELLE (n°, rue, app.)					
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	

AUTRE SIGNATAIRE DE L'ENTENTE (LE CAS ÉCHÉANT)

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (si vous portez plus d'un nom de famille, veuillez inscrire vos noms dans l'ordre usuel)			PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE Année Mois Jour			SEXE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		TÉLÉPHONE
ADRESSE ACTUELLE (n°, rue, app.)					
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	


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

Avez-vous conclu une entente spécifique ou particulière ou un contrat de services avec un établissement de santé et de services sociaux au Québec autre que celui actuellement en vigueur			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, complétez la section suivante					
ÉTABLISSEMENT					
NOM DE LA RESSOURCE					
ADRESSE DE LA RESSOURCE					
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	


SECTION 2 SUITE

Ressource intermédiaire	<input type="checkbox"/>	Autre (Précisez)			
Ressource de type familial	<input type="checkbox"/>				
CETTE ENTENTE OU CE CONTRAT EST-IL TOUJOURS EN VIGUEUR?					
Oui	<input type="checkbox"/>	Date de fin prévue : _____	Non	<input type="checkbox"/>	Date de fin : _____
Le cas échéant, indiquez le ou les motifs de fin:					

SECTION 3 – DÉCLARATION

	Je déclare :
1.	Être majeur.
2.	Être citoyen canadien ou résident permanent.
3.	N'avoir aucun antécédent judiciaire en lien avec la fonction de ressource.
4.	Ne pas avoir fait l'objet, avant le 31 mars 2015, d'une suspension ou d'une révocation de reconnaissance à titre de ressource pour motif sérieux.
5.	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.
6.	Ne pas avoir eu recours, au cours des trois (3) dernières années, à une loi visant l'insolvabilité.
7.	Posséder une bonne santé physique et mentale me permettant d'exercer pleinement la fonction de ressource.
8.	Être couvert par une assurance habitation et assurance responsabilité civile générale valide du _____ au _____
9.	a) Posséder une formation à jour d'un organisme reconnu en réanimation cardiovasculaire et en secourisme général laquelle est valide jusqu'au _____. (Signataire de l'entente
	b) Posséder une formation à jour d'un organisme reconnu en réanimation cardiovasculaire et en secourisme général laquelle est valide jusqu'au _____. (Autre signataire de l'entente – le cas échéant)
10.	Aucun de mes enfants ne fait présentement l'objet d'un signalement à la protection de la jeunesse, d'un suivi en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou d'une accusation en vertu de la Loi sur la justice pénale pour adolescent.

SECTION 4 – ENGAGEMENT

	Je m'engage pendant la durée de mon entente (spécifique ou particulière) à :
1.	Maintenir une assurance habitation et une assurance responsabilité civile générale et professionnelle.
2.	Garantir la présence constante 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.
3.	Fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à Loi sur le bâtiment ainsi que les lois et règlements en matière de sécurité incendie.
4.	Remplir le formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> .
5.	Le cas échéant, faire remplir le formulaire <i>Déclaration relative aux antécédents judiciaires</i> par chacune des personnes concernées (toute personne requise pour agir auprès des usagers et toute personne vivant sous le même toit que les usagers qui me sont confiés par l'établissement).
6.	Mettre en place et maintenir une procédure qui prévoit la vérification des antécédents judiciaires pour toute personne requise pour agir auprès des usagers ou toute personne majeure vivant sous le même toit que moi.
7.	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.

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

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.

SECTION 6 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement par l'établissement de toute vérification concernant le maintien de la conformité des critères généraux déterminés par le ministre. Les renseignements personnels sont confidentiels et ne peuvent être divulgués sans le 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 de la vérification. Les copies des documents qui seront déposés au dossier de la RI-RTF, 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 leurs fonctions.

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.
- Les renseignements fournis dans le présent document sont complets et exacts.



EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____

LIEU

SIGNATURE

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

DATE

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave



EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____

LIEU

SIGNATURE

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

DATE

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave