

Programme de soins à domicile gérés par la famille

**Formulaire de demande**

Renseignements sur le demandeur

1) Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_  
N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Langue préférée :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Direction des soins et services demandés

- 2) Je peux diriger mes propres soins :  Oui  Non  
Si non, veuillez indiquer le nom de la personne qui dirigera vos soins : \_\_\_\_\_  
Lien :  Mandataire spécial  Parent  Conjoint(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_
- 3) Faites-vous partie de l'un des groupes de patients indiqués ci-dessous?
- enfants ayant des besoins médicaux complexes;
  - adultes ayant des lésions cérébrales acquises;
  - enfants admissibles à recevoir un enseignement au foyer;
  - patients qui sont dans des circonstances exceptionnelles.

4) Veuillez cocher chacun des services que vous souhaitez recevoir dans le cadre du Programme de soins à domicile gérés par la famille

<b>Enfants ayant des besoins médicaux complexes</b> <input type="checkbox"/> Services de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Services d'ergothérapie <input type="checkbox"/> Services de physiothérapie <input type="checkbox"/> Services d'orthophonie <input type="checkbox"/> Services de diététique <input type="checkbox"/> Services de travail social <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne <input type="checkbox"/> Services d'aide familiale	<b>Patients qui sont dans des circonstances exceptionnelles</b> <input type="checkbox"/> Services de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Services d'ergothérapie <input type="checkbox"/> Services de physiothérapie <input type="checkbox"/> Services d'orthophonie <input type="checkbox"/> Services de diététique <input type="checkbox"/> Services de travail social <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne <input type="checkbox"/> Services d'aide familiale
<b>Enfants admissibles à recevoir un enseignement au foyer</b> <input type="checkbox"/> Services de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Services d'ergothérapie <input type="checkbox"/> Services de physiothérapie <input type="checkbox"/> Services d'orthophonie <input type="checkbox"/> Services de diététique <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne dans le cadre des Services auxiliaires de santé dans les écoles	<b>Adultes ayant des lésions cérébrales acquises</b> <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne <input type="checkbox"/> Services d'aide familiale

### Renseignements sur le trouble médical ou fonctionnel

5) Veuillez décrire votre trouble médical :

-----  
-----  
-----  
-----

6) Avez-vous un trouble de communication?  Oui  Non. Si oui, de quelle façon communiquez-vous avec les autres? Veuillez décrire :

-----  
-----  
-----

7) Votre besoin d'aide avec les services demandés ci-dessus a-t-il changé au cours de la dernière année?  Oui  Non Si oui, veuillez décrire :

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

8) Conditions de logement :  
 Je vis seul  Je vis avec des membres de ma famille ou d'autres personnes.

## Prestation et gestion des soins

- 9) Pour la prestation des services demandés à la question 4, comment prévoyez-vous procéder pour les obtenir?

<input type="checkbox"/> <b>Embaucher des personnes comme employés</b>	<input type="checkbox"/> <b>Embaucher un entrepreneur indépendant</b>	<input type="checkbox"/> <b>Embaucher un organisme fournisseur de services de soins de santé</b>
<p><b>Exigences en matière de gestion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recruter, vérifier les titres de compétences, embaucher et employer du personnel.</li> <li>Examiner la vérification par la police de l'aptitude à travailler auprès des personnes vulnérables.</li> <li>Retenues sur la paie des employés : salaire de base, heures supplémentaires, primes, paie de vacances, impôts, paie des jours fériés, cotisations de l'employeur : CSPAAT, AE, RPC (il est fortement recommandé d'embaucher un aide-comptable pour vous aider à accomplir ces tâches).</li> <li>Préavis de licenciement, indemnité tenant lieu de préavis, conformément à la <i>Loi de 2000 sur les normes d'emploi</i>.</li> </ul> <p><b>La personne doit être titulaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'une assurance responsabilité civile des entreprises d'au moins 2 000 000 \$;</li> <li>d'une assurance responsabilité civile contre les mauvais traitements d'au moins 25 000 \$/2 000 000 \$.</li> </ul> <p><b>Assurance responsabilité civile de propriétaire ou locataire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'au moins 2 000 000 \$ couverture d'assurance responsabilité civile</li> </ul>	<p><b>Exigences en matière de gestion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recruter, vérifier les titres de compétences et embaucher un entrepreneur indépendant.</li> <li>Examiner la vérification par la police de l'aptitude à travailler auprès des personnes vulnérables.</li> <li>La responsabilité des retenues sur la paie des employés relève de l'entrepreneur indépendant.</li> </ul> <p><b>L'entrepreneur indépendant doit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>payer les primes de l'assurance contre les accidents du travail de la CSPAAT, lorsque cela est nécessaire;</li> <li>payer les parts de l'employeur et de l'employé des cotisations au RPC;</li> <li>être titulaire d'une assurance responsabilité civile des entreprises d'au moins 2 000 000 \$;</li> <li>être titulaire d'une assurance responsabilité civile contre les mauvais traitements d'au moins 25 000 \$/2 000 000 \$.</li> </ul> <p><b>Assurance responsabilité civile de propriétaire ou locataire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'au moins 2 000 000 \$ couverture d'assurance responsabilité civile.</li> </ul>	<p><b>Exigences en matière de gestion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interviewer et embaucher l'organisme fournisseur de services.</li> <li>Veiller à ce que l'organisme soumette son personnel à une vérification par la police de l'aptitude à travailler auprès des personnes vulnérables.</li> <li>La responsabilité des retenues sur la paie des employés relève de l'organisme fournisseur de services.</li> <li>Payer les factures de l'organisme fournisseur de services</li> </ul> <p><b>Assurance responsabilité civile de propriétaire ou locataire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'au moins 2 000 000 \$ couverture d'assurance responsabilité civile</li> </ul>



11) Nom de la personne qui a rempli le formulaire : \_\_\_\_\_  
Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

12) Attestation

J'ai lu et compris la brochure de renseignements généraux et le guide de demande. Je suis prêt à assumer les fonctions, les responsabilités et les risques possibles liés à la participation au Programme de soins à domicile gérés par la famille, ce qui peut comprendre d'agir comme employeur de mes propres fournisseurs de services.

Je comprends et j'accepte d'être interviewé et interrogé sur mon état de santé, mes besoins en matière de soins de santé, les services passés et actuels et tout autre aspect de ma demande. Je confirme par la présente que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes.

---

Demandeur, mandataire spécial ou marque

Date

13) Directives concernant l'envoi par la poste

Veillez nous faire parvenir l'ORIGINAL du formulaire de demande dûment signé.

**Assurez-vous d'en conserver une copie pour vos dossiers.**

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain

Programme de soins à domicile gérés par la famille

100-4200, rue Labelle

Ottawa, ON K1J 1J8