



## FORMULAIRE DE DEMANDE POUR DEVENIR UN FOYER DE SOINS PROFESSIONNELS

### Partie D : Votre domicile

Est-ce que vous et votre partenaire, s'il y a lieu, êtes d'accord pour devenir un foyer de soins professionnels?  Oui  Non, veuillez fournir une explication :

Veuillez décrire votre domicile (taille, place disponible pour des enfants, aire de jeu, etc.) :

Depuis combien de temps y vivez-vous? \_\_\_ ans

Avez-vous des animaux de compagnie?  Oui  Non

Si oui, de quel type d'animaux s'agit-il et combien en avez-vous?

### Partie E : Formulaire d'auto déclaration médicale du ou des demandeurs

Demandeur 1 \_\_\_\_\_  
Nom

État de santé général	Très bon	Bon	Passable	Mauvais
a) État physique général				
b) État pathologique général				
c) État affectif général				

Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique ou psychologique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu des problèmes d'alcool ou de drogues?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veuillez indiquer si vous avez ou avez déjà eu les problèmes de santé énumérés ci-dessous :

Lorsque vous cochez « Oui », fournissez des détails sur l'âge auquel vous avez eu ce problème de santé, le traitement suivi et les résultats du traitement.

Conditions	Oui	Non	Détails
Tuberculose			
Diabète			
Maladies cardiaques			
Cancer			
Hypertension artérielle			
Polyarthrite rhumatoïde			
Épilepsie			
Allergies ou asthme			
Ulcères			
Trouble nerveux			
Incapacité physique			
Autres :			

## FORMULAIRE DE DEMANDE POUR DEVENIR UN FOYER DE SOINS PROFESSIONNELS

Demander 2 \_\_\_\_\_  
Nom

État de santé général	Très bon	Bon	Passable	Mauvais
a) État physique général				
b) État pathologique général				
c) État affectif général				

Fumez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique ou psychologique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous régulièrement des médicaments sur ordonnance?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu des problèmes d'alcool ou de drogues?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Veillez indiquer si vous avez ou avez déjà eu les problèmes de santé énumérés ci-dessous :  
Lorsque vous cochez « Oui », fournissez des détails sur l'âge auquel vous avez eu ce problème de santé, le traitement suivi et les résultats du traitement.**

Conditions	Oui	Non	Détails
Tuberculose			
Diabète			
Maladies du cœur			
Cancer			
Hypertension artérielle			
Polyarthrite rhumatoïde			
Épilepsie			
Allergies ou asthme			
Ulcères			
Trouble nerveux			
Incapacité physique			
Autres :			

### Partie F : Questionnaire à l'intention de la famille

1. Veuillez brièvement décrire les motifs pour lesquels vous souhaitez devenir un foyer de soins professionnels :
2. Quelle est votre expérience de travail avec des enfants qui ont des besoins émotionnels et comportementaux complexes?
3. Quelle est votre expérience de travail avec des équipes de professionnels (services cliniques, services de santé mentale, organismes d'application de la loi, etc.)?

## FORMULAIRE DE DEMANDE POUR DEVENIR UN FOYER DE SOINS PROFESSIONNELS

Veillez cocher le ou les domaines qui vous intéressent :

<input type="checkbox"/> Enfants de moins de 12 ans	<input type="checkbox"/> Enfants de plus de 12 ans	<input type="checkbox"/> Enfants ayant un handicap
<input type="checkbox"/> Adolescents de 16 à 19 ans	<input type="checkbox"/> Fratries	<input type="checkbox"/> Aucune préférence

Je préfère/nous préférons :

<input type="checkbox"/> Garçons	<input type="checkbox"/> Filles	<input type="checkbox"/> Aucune préférence
Religion : _____		<input type="checkbox"/> Aucune préférence
Race : _____		<input type="checkbox"/> Aucune préférence

### Partie G : Références personnelles

Veillez fournir les noms, adresses postales et numéros de téléphone de trois personnes qui vous connaissent assez bien pour répondre à des questions à votre sujet ou au sujet de votre famille. Deux de ces personnes ne doivent pas être des membres de votre famille. Dans le cadre du processus d'évaluation du milieu familial SAFE, chacune de ces personnes devra remplir un questionnaire des références qui lui sera envoyé par la poste.

Nom	Adresse postale	Téléphone
		(D) (C)
		(D) (C)
		(D) (C)

### Partie H : Consentement

Le processus de demande pour devenir foyer de soins professionnels comporte les éléments suivants :

1. Formulaire de demande pour devenir un foyer de soins professionnels (le présent document)
2. Vérification des contacts antérieurs de Développement social
3. Vérification du casier judiciaire et de l'aptitude à travailler auprès de personnes vulnérables
4. Évaluation du milieu de garde (milieu de vie physique)
5. Étude du milieu familial SAFE

En signant le présent document :

- J'atteste/nous attestons que l'information fournie dans la présente demande est vraie et exacte au mieux de mes/nos connaissances.
- J'autorise/nous autorisons le ministère du Développement social à communiquer avec les personnes nommées en référence dans cette demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur 1

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur 2

\_\_\_\_\_  
Date

Une fois rempli, veuillez faire parvenir ce formulaire à :  
*Services de ressources pour enfants*  
*Ministère du Développement social*  
*{insérer le nom du bureau ou l'adresse postale}*