

**Réglementation des soins en résidence**  
**Déclaration d'intérêt – Services de cohabitation**  
**dans une résidence privée**

Nous vous remercions d'avoir communiqué avec le personnel de Réglementation des soins en résidence pour nous faire part de votre intérêt à devenir un fournisseur de services de cohabitation pour adultes ayant une déficience intellectuelle et recevant un soutien du Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées.

Aux fins du processus de déclaration d'intérêt, nous vous prions de bien vouloir répondre, au meilleur de vos connaissances, aux questions suivantes. Les renseignements que vous fournirez sur vous-même, votre résidence et votre expérience antérieure aideront le personnel de Réglementation des soins en résidence à se préparer aux prochaines étapes du processus d'évaluation visant à déterminer si vous êtes apte à obtenir un permis à titre de fournisseur de services de cohabitation dans votre résidence.

Tous les renseignements que vous fournirez demeureront confidentiels.

**Coordonnées et renseignements sur la maisonnée**

**Noms**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Adresse**

Rue : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_

**Adresse postale si elle diffère de la précédente**

Rue/case postale \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Information au sujet du nombre total de personnes vivant dans votre résidence**

- Combien de personnes de 18 ans et plus vivent dans votre résidence?
- Combien de personnes de moins de 18 ans vivent dans votre résidence?

**Connaissance des soins en résidence, motivation et expérience**

1) Veuillez répondre aux questions suivantes pour donner au personnel de Réglementation des soins en résidence une idée de votre participation antérieure et actuelle à la prestation de soins en résidence aux Manitobaines ou Manitobains admissibles.

- a) Avez-vous déjà présenté une demande au personnel de Réglementation des soins en résidence parce que vous souhaitiez prendre en charge des adultes dans votre résidence?

Oui  Non

Si oui, à quelle date avez-vous présenté votre dernière demande?

Quelle a été l'issue de votre demande?  Demande approuvée  Demande retirée  
 Demande rejetée  Je ne sais pas

Facultatif : Y a-t-il d'autres renseignements que vous souhaiteriez nous fournir concernant la demande antérieure que vous avez présentée au personnel de Réglementation des soins en résidence?

b) Avez-vous déjà obtenu un permis en vertu d'un autre programme du gouvernement du Manitoba vous autorisant à fournir des soins à des enfants de moins de 18 ans (p. ex. Services à l'enfant et à la famille, Apprentissage et garde des jeunes enfants/garderie)?

Oui  Non

Si oui, de quel programme s'agit-il?  Programme des Services à l'enfant et à la famille  
 Programme d'Apprentissage et de garde des jeunes enfants/garderie

2) Veuillez répondre aux questions suivantes pour aider le personnel de Réglementation des soins en résidence à comprendre pourquoi vous souhaitez fournir des soins en résidence. Veuillez aussi nous faire part de toute autre expérience connexe à l'appui de votre déclaration d'intérêt à devenir un fournisseur de services de cohabitation.

a) Décrivez brièvement pourquoi vous souhaitez fournir des soins en résidence.

b) Avez-vous déjà directement pris en charge des adultes ayant une déficience intellectuelle?

Oui  Non

Veuillez fournir un bref exemple d'une occasion où vous avez travaillé auprès d'une personne ayant une déficience intellectuelle.

3) Le fournisseur de services de soins en résidence devrait être prêt à faire ce qui suit en tout temps pour les personnes qui ont besoin d'un soutien dans la vie de tous les jours :

- leur offrir des choix d'aliments équilibrés et nutritifs;
- les aider à gérer leurs ressources financières;
- les aider à s'administrer leurs médicaments ou superviser leur prise de médicaments;

- communiquer leurs besoins et activités à d'autres membres du personnel de soutien du programme ou aux décideurs, les consulter ou leur faire rapport;
- coordonner leurs activités communautaires ou leurs rendez-vous personnels ou de santé.

Les personnes peuvent avoir besoin d'une variété de services de soutien personnel ou lié à un handicap de la part d'un fournisseur de services de soins en résidence. Veuillez sélectionner, parmi les options de soutien suivantes, les services que vous seriez prêt et disposé à fournir aux personnes qui résideront chez vous. Sélectionnez toutes les options qui s'appliquent.

Comportements personnels ou liés à un handicap et interventions connexes	OUI	NON	PEUT-ÊTRE
Soins personnels (douche, toilette, habillage, repas, etc.)	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Agressivité verbale (jurons ou langage menaçant, cris, etc.)	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Personne non verbale ou qui a de la difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Comportements résultant d'une maladie mentale (schizophrénie, dépression, etc.)	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :

<b>Comportements personnels ou liés à un handicap et interventions connexes</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>PEUT-ÊTRE</b>
Agressions physiques ou dommages aux biens	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Problèmes de dépendance	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Limitations de la mobilité (utilisation d'un déambulateur, d'une canne, d'un fauteuil roulant, etc.)	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :
Préparation à participer à un programme de jour ou scolaire (le cas échéant)	<input type="checkbox"/> Donnez des exemples :	<input type="checkbox"/> Expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Expliquez davantage :

#### 4. Exigences minimales en matière de permis – Services de cohabitation offerts dans une

a) Pour obtenir un permis de Réglementation des soins en résidence, tous les fournisseurs de services de cohabitation et les autres adultes vivant dans la résidence doivent obtenir de leur service de police local une **vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes** et une **vérification du casier judiciaire**, y compris une **vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables**.

- Toutes les personnes de 18 ans ou plus vivant dans la résidence sont-elles prêtes à se soumettre à une vérification du casier judiciaire et à une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables?

Oui

Non

Si vous avez choisi « Non », vous ne pourrez pas obtenir un permis en raison du non-respect de cette exigence.

- Toutes les personnes de 18 ans ou plus vivant dans la résidence sont-elles prêtes à se soumettre à une vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes?

Oui

Non

Si vous avez choisi « Non », vous ne pourrez pas obtenir un permis en raison du non-respect de cette exigence.

b) Tous les fournisseurs de services de cohabitation qui offrent des soins directs à une personne doivent détenir un certificat valide de premiers soins.

- Accepteriez-vous de suivre une formation pour obtenir un certificat valide de premiers soins?

Oui

Non

Si vous avez choisi « Non », vous ne pourrez pas obtenir un permis en raison du non-respect de cette exigence.

#### 5. Information générale sur la résidence et exigences réglementaires en matière de sécurité

a) Tous les fournisseurs de services de cohabitation doivent se conformer aux codes du bâtiment et de prévention des incendies de leur municipalité locale pour obtenir un permis en vertu de notre programme. Ces codes s'appliquent à la fois à la structure physique de votre résidence et au matériel de sécurité-incendie qui doit y être installé.

**Remarque** – Réglementation des soins en résidence ne soutient pas financièrement les travaux de rénovation nécessaires pour assurer la conformité d'une résidence aux codes du bâtiment et de prévention des incendies.

- Prévoyez-vous utiliser votre résidence principale pour offrir vos services de cohabitation?

Oui

Non

Si vous avez choisi « Non », sachez que les fournisseurs de services de cohabitation doivent aussi loger dans la résidence visée par le permis délivré par Réglementation des soins en résidence.

- Combien y a-t-il de chambres à coucher dans votre résidence? Combien de salles de toilettes?

- Combien y a-t-il de chambres à coucher occupées dans votre résidence?

- À quel étage se trouve la chambre où vous comptez loger la personne (rez-de-chaussée, sous-sol, etc.)? \_\_\_\_\_

- Le placement de la personne soutenue entraînera-t-il le déplacement d'un autre occupant de la résidence (c'est-à-dire dans une autre chambre ou un autre endroit)?

Oui

Non

Si la réponse est « Oui », qui sera déplacé?

Que prévoyez-vous faire pour la personne déplacée? \_\_\_\_\_

b) J'ai consulté les **normes minimales** à respecter pour obtenir un permis en tant que fournisseur privé de services de cohabitation auprès de Réglementation des soins en résidence.

Oui  Non Si vous avez répondu « Non », précisez :

#### **6. Déclaration de renseignements**

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente déclaration d'intérêt sont véridiques et complets au meilleur de mes connaissances.

**Signature :**

**Date :**

**Nous vous remercions d'avoir rempli ce formulaire de déclaration d'intérêt. Veuillez le transmettre par courriel à [rcleoi@gov.mb.ca](mailto:rcleoi@gov.mb.ca)**