OFFRE DE SERVICE POUR DEVENIR RTF

|  |
| --- |
| *Pour être admissible à devenir RTF, vous devez répondre à l’ensemble des critères suivants**avant la fin du processus d’évaluation :* |
| * Être majeur.
* Être citoyen canadien ou résident permanent du Canada.
* Avoir une bonne connaissance de la langue française parlée et écrite.
* Avoir son lieu de résidence principale dans la région de la capitale nationale (incluant Portneuf et Charlevoix).
* Être en bonne santé physique et psychologique (références médicales à l’appui).
* Avoir un état matrimonial et/ou familial stable que vous soyez en couple, seul ou en famille.
* Être en mesure d’offrir une disponibilité suffisante pour répondre aux besoins de la clientèle, selon le groupe d’âge.
* Offrir un milieu de vie sécuritaire répondant aux exigences établies (conformité à la loi du bâtiment et aux normes environnementales déterminées par l’établissement).
* Ne pas avoir fait l’objet d’une suspension ou d’une révocation de reconnaissance à titre de ressource ou de fin d’entente pour motifs sérieux, au cours des trois (3) dernières années.
* Ne pas avoir fait l'objet, au cours des cinq (5) années, de suivi DPJ au sein de la famille dans le cadre d'un signalement retenu (des vérifications seront effectuées). Une analyse de la situation sera effectuée pour les autres types de suivi professionnel en lien avec des problèmes relationnels parent/enfant ou pour une intervention du système de justice pénale pour adolescents (LSJPA).
* Ne pas avoir d’antécédent judiciaire en lien avec les aptitudes requises et la conduite nécessaire à la fonction de ressource.
* Avoir une situation financière stable.
* Avoir une assurance habitation (ou d’entreprise), à titre de propriétaire ou de locataire, permettant de couvrir les risques de dommages à la propriété et aux biens meubles, y compris les risques liés à sa responsabilité civile générale pour ses activités autres que celles de ressource.
 |
| Pouvez-vous nous indiquer de quelle(s) façon(s) vous avez entendu parler du recrutement de ressources de type familiale (RTF) au CIUSSSCN? (Plusieurs réponses possibles) |
| [ ]  Affiches publicitaires [ ]  Médias sociaux (ex : Facebook, Instagram, etc.)[ ]  Site internet CIUSSSCN [ ]  Médias traditionnels (télévision, radio, etc.) [ ]  Une personne dans mon entourage est famille d’accueil [ ]  Autres : Décrire |

# SECTION 1 – CLIENTÈLE DÉSIRÉE

|  |
| --- |
| Type de clientèle souhaitée Jeunesse [ ]  Adulte [ ]  |
| Déficience intellectuelle [ ]  | Déficience physique [ ]  | **Commentaires (s’il y a lieu)** |
| Trouble du spectre de l’autisme [ ]  | Santé mentale [ ]  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nombre d’usagersque vous souhaitez accueillir :** Cliquez ici pour inscrire le nombre | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

SECTION *2* – IDENTIFICATION DES POSTULANTS

| [ ]  Postulant 1 | [ ]  Postulant 2 ou [ ]  Conjoint |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de famille à la naissance | **Nom de famille à la naissance** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Prénom | **Prénom** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse actuelle | **Adresse actuelle (si différente)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ville | **Province** | **Ville** | **Province** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code postal | **No téléphone domicile** | **Code postal** | **No téléphone domicile** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| No téléphone bureau | **No téléphone cellulaire** | **No téléphone bureau** | **No téléphone cellulaire** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse électronique |  | **Adresse électronique** |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance | **Sexe** | **Date de naissance** | **Sexe** |
| Année | **Mois** | **Jour** |  | Année | **Mois** | **Jour** |  |
| An | Mois | Jour | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autre | An | Mois | Jour | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autre |
| No RAMQ | **No RAMQ** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| État civil | **État civil** |
| [ ]  Célibataire | [ ]  Conjoint de fait | [ ]  Séparé | [ ]  Célibataire | [ ]  Conjoint de fait | [ ]  Séparé |
|  | Date Choisir date  | Date Choisir date |  | Date Choisir date | Date Choisir date |
| [ ]  Marié | [ ]  Divorcé | [ ]  Veuf | [ ]  Marié | [ ]  Divorcé | [ ]  Veuf |
|  | Date Choisir date  | Date Choisir date |  | Date Choisir date | Date Choisir date |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No assurance sociale** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **No assurance sociale** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Pays d’origine (citoyenneté)** | **Religion** | **Pays d’origine (citoyenneté)** | **Religion** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Pratique religieuse** |  | **Pratique religieuse** |  |
| [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Occasionnelle | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Occasionnelle |
| **Langue d’usage** | **Langue seconde** | **Langue d’usage** | **Langue seconde** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Formation reconnue en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général :** | **Formation reconnue en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général :** |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, date de délivrance : Date | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, date de délivrance : Date |
| **Exploitez-vous une garderie en milieu familial ?** | **Exploitez-vous une garderie en milieu familial ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non  | [ ]  Oui [ ]  Non  |
| **Possession d’un permis de conduire valide ?** | **Possession d’un permis de conduire valide ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non  | [ ]  Oui [ ]  Non  |
| **Possédez-vous un ou des véhicules automobiles ?**  | **Possédez-vous un ou des véhicules automobiles ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non  | [ ]  Oui [ ]  Non  |
| **Présence de problèmes de santé physique ou mentale ?**  | **Présence de problèmes de santé physique ou mentale ?**  |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser : Écrire ici | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser : Écrire ici |
| **Suivi professionnel personnel ou conjugal actif ou antérieur ?**  | **Suivi professionnel personnel ou conjugal actif ou antérieur ?**  |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser : Écrire ici | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser : Écrire ici |
| **Antécédents judiciaires ?** | **Antécédents judiciaires ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser date et délit ci-dessous : | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser date et délit ci-dessous : |
| Date | Délit : décrire | Date | Délit : décrire |
| Date | Délit : décrire | Date | Délit : décrire |
| Date | Délit : décrire | Date | Délit : décrire |
| Date | Délit : décrire | Date | Délit : décrire |
| **Consommation/Dépendance(s) ? (cannabis, alcool et/ou drogue, jeux, etc.)**  | **Consommation/Dépendance(s) ? (cannabis, alcool et/ou drogue, jeux, etc.)**  |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser le type et la fréquence : | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser le type et la fréquence : |
| Type : décrire | Fréquence : décrire | Type : décrire | Fréquence : décrire |
| Type : décrire | Fréquence : décrire | Type : décrire | Fréquence : décrire |
| Type : décrire | Fréquence : décrire | Type : décrire | Fréquence : décrire |
| **Recours à une loi sur l’insolvabilité au Canada (faillite, proposition de consommateur) au cours des trois dernières années ?** | **Recours à une loi sur l’insolvabilité au Canada (faillite, proposition de consommateur) au cours des trois dernières années ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser la date et l’événement : | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, préciser la date et l’événement : |
| Date | Événement : décrire | Date | Événement: décrire |
| Date | Événement : décrire | Date | Événement: décrire |
| Date | Événement : décrire | Date | Événement: décrire |

Section 2.1 – A) Enfant(s) du postulant 1 et/ou du postulant 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, Prénom** | **Sexe** | **Date de naissance** | **Occupation (travail, étude)** | **Suivi professionnel actuel ou passé (personnel ou familial)****Ex. : DPJ, CLSC, LSIPA (inscrire l’année)** | **Type de garde** | **Problème de santé physique ou mentale. Si oui, préciser l’impact** |
| **1** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | Décrire | [ ] Complète | [ ] Partagée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **2** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | Décrire | [ ] Complète | [ ] Partagée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **3** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | Décrire | [ ] Complète | [ ] Partagée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **4** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | Décrire | [ ] Complète | [ ] Partagée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Section 2.1 – B) AUTRES PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, Prénom** | **Sexe** | **Date de naissance** | **Occupation (travail, étude)** | **Antécédents judiciaires** | **Lien avec le postulant****(parent, chambreur)** | **Cette personne habite la résidence depuis quand ?** | **Problème de santé physique ou mentale. Si oui, préciser l’impact** |
| **1** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | [ ]  Oui [ ]  NonSi oui préciser :Préciser ici | Décrire | Année | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **2** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | [ ]  Oui [ ]  NonSi oui préciser :Préciser ici | Décrire | Année | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **3** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | [ ]  Oui [ ]  NonSi oui préciser :Préciser ici | Décrire | Année | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **4** | Nom, Prénom | [ ]  Masculin[ ]  Féminin[ ]  Autres | Date | [ ]  Travail[ ]  Étude[ ]  Autre | [ ]  Oui [ ]  NonSi oui préciser :Préciser ici | Décrire | Année | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Section 2.2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MILIEU DE VIE

| **Renseignements relatifs à votre milieu de vie** |
| --- |
| **Depuis combien d’années demeurez-vous à l’adresse actuelle ?** | Année | **Nombre de déménagements au cours des 10 dernières années :** | Nombre |
| **Adresse précédente** | **Raison du départ** |
| Adresse | ? départ |
| **Ville – Province - Code postal** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Possédez-vous une assurance habitation** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Le milieu de vie que vous proposez correspond-il à votre adresse actuelle ?** *(Si non, indiquez ci-dessous l’adresse du milieu de vie proposé)* | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Adresse du milieu de vie proposé** |
| Adresse |
| **Ville – Province - Code postal** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Êtes-vous propriétaire ou locataire ?** | [ ]  Propriétaire [ ]  Locataire |
| **Type d’habitation** | [ ]  Individuelle[ ]  Duplex[ ]  Jumelé[ ]  Logements multiples | **Nombre de chambres disponibles pour accueillir les usagers** | Nombre |
| **Avez-vous des animaux domestiques ?** | [ ]  Oui [ ]  Non | **Si oui, présicer** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Quel est votre environnement** | [ ]  Fumeur [ ]  Non-fumeur |
| **Loisirs et sports de familles** |
| **Loisirs et implication communautaire pour les postulants et leurs enfants :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Section 3 – SCOLARITÉ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Postulant 1 | [ ]  Postulant 2 ou [ ]  Conjoint |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Veuillez cocher et remplir les sections s'appliquant à votre parcours scolaire :*** | ***Veuillez cocher et remplir les sections s'appliquant à votre parcours scolaire :*** |
| [ ]  **Diplôme d'études secondaires (DES) obtenu** | [ ]  **Diplôme d'études secondaires (DES) obtenu** |
| [ ]  **Études collégiales ou professionnelles** | [ ]  **Études collégiales ou professionnelles** |
| **Domaine d’études** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Domaine d’études** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Diplôme obtenu** | **Année** | **Diplôme obtenu** | **Année** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| [ ]  **Études universitaires** | [ ]  **Études universitaires** |
| **Domaine d’études** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Domaine d’études** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Diplôme obtenu** | **Année** | **Diplôme obtenu** | **Année** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  |  |

Section 4 – Emploi actuel

| [ ]  **Postulant 1** | [ ]  **Postulant 2 ou** [ ]  **Conjoint** |
| --- | --- |
| **Travaillez-vous actuellement ?** | [ ]  Oui [ ]  Non | **Travaillez-vous actuellement ?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Si non êtes-vous en arrêt de travail temporaire ?** | [ ]  Oui [ ]  Non | **Si non êtes-vous en arrêt de travail temporaire ?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Si vous êtes en arrêt de travail, veuillez nommer les raisons** | **Si vous êtes en arrêt de travail, veuillez nommer les raisons** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Type d’emploi** | **Type d’emploi** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Horaire de travail** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Horaire de travail** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom de l’employeur** | **Nom de l’employeur** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Depuis quand** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Depuis quand** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **Nom du supérieur immédiat et numéro de téléphone** | **Nom du supérieur immédiat et numéro de téléphone** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse électronique du supérieur** | **Adresse électronique du supérieur** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Prévoyez-vous quitter cet emploi si vous êtes reconnu comme RTF ?** | [ ]  Oui [ ]  Non | **Prévoyez-vous quitter cet emploi si vous êtes reconnu comme RTF ?** | [ ]  Oui [ ]  Non |

Section 4.1 – Emploi antérieur

| [ ]  **Postulant 1** | [ ]  **Postulant 2 ou** [ ]  **Conjoint** |
| --- | --- |
| **Type d’emploi** | **Type d’emploi** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom de l’employeur** | **Nom de l’employeur** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **De :** | Année | À : | Année | **De :** | Année | À : | Année |
| **Raison du départ** | **Raison du départ** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom du supérieur immédiat et numéro de téléphone** | **Nom du supérieur immédiat et numéro de téléphone** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse électronique du supérieur** | **Adresse électronique du supérieur** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Section 5 – Expériences antérieures

|  |  |
| --- | --- |
| **Avez-vous déjà entrepris des démarches pour devenir RTF ?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Si oui, en quelle année ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Nom de l’établissement** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous vécu d’autres expériences significatives qui pourraient vous aider à assumer les responsabilités d’une RTF ?** *Si oui, indiquez ci-dessous quelles sont ces expériences*  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Section 6 – situation financière

Section 6.1 – Revenus actuels (mensuels)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Postulant 1** | [ ]  **Postulant 2 ou** [ ]  **Conjoint** |
| **Salaire net après impôt** | Montant $ | **Salaire net après impôt** | Montant $ |
| **Sécurité du revenu** | Montant $ | **Sécurité du revenu** | Montant $ |
| **Pension alimentaire** | Montant $ | **Pension alimentaire** | Montant $ |
| **Prestation fiscale pour enfants** | Montant $ | **Prestation fiscale pour enfants** | Montant $ |
| **Autre revenu net** | Montant $ | **Autre revenu net** | Montant $ |
| *Préciser la source* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | *Préciser la source* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autre revenu net** | Montant $ | **Autre revenu net** | Montant $ |
| **Précisez la source** | Montant $ | **Précisez la source** | Montant $ |
| **TOTAL** | Montant $ | **TOTAL** | Montant $ |

Section 6.2 – DÉPENSES actuelles (mensuelles)

*Si les postulants habitent ensemble, ne compléter que la partie Postulant 1*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Postulant 1** | [ ]  **Postulant 2 ou** [ ]  **Conjoint** |
| **Versement hypothécaire ou loyer** | Montant $ | **Versement hypothécaire ou loyer** | Montant $ |
| **Taxes** *(municipales et scolaires)* | Montant $ | **Taxes** *(municipales et scolaires)* | Montant $ |
| **Dépenses automobile** *(ex. essence, entretien, etc.)* | Montant $ | **Dépenses automobile** *(ex. essence, entretien, etc.)* | Montant $ |
| **Électricité** | Montant $ | **Électricité** | Montant $ |
| **Chauffage** *(si non électrique)* | Montant $ | **Chauffage** *(si non électrique)* | Montant $ |
| **Entretien et réparation** | Montant $ | **Entretien et réparation** | Montant $ |
| **Assurances** *(ex. habitation, auto, vie)* | Montant $ | **Assurances** *(ex. habitation, auto, vie)* | Montant $ |
| **Habillement** | Montant $ | **Habillement** | Montant $ |
| **Épicerie** | Montant $ | **Épicerie** | Montant $ |
| **Téléphonie, télévision, Internet** | Montant $ | **Téléphonie, télévision, Internet** | Montant $ |
| **TOTAL** | Montant $ | **TOTAL** | Montant $ |

Section 6.3 – Autres DÉPENSES actuelles (mensuelles)

*Si les postulants habitent ensemble, ne compléter que la partie Postulant 1*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Postulant 1** | [ ]  **Postulant 2 ou** [ ]  **Conjoint** |
| **Prêt personnel** | Montant $ | **Prêt personnel** | Montant $ |
| **Prêt automobile** | Montant $ | **Prêt automobile** | Montant $ |
| **Transport** *(en commun, immatriculation, permis de conduire, etc.)* | Montant $ | **Transport** *(en commun, immatriculation, permis de conduire, etc.)* | Montant $ |
| **Cartes de crédit** | Montant $ | **Cartes de crédit** | Montant $ |
| **Pension alimentaire** | Montant $ | **Pension alimentaire** | Montant $ |
| **Autres dépenses** | Montant $ | **Autres dépenses** | Montant $ |
|  *Préciser :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  *Préciser :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Autres dépenses** | Montant $ | **Autres dépenses** | Montant $ |
|  *Préciser :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  *Préciser :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **TOTAL** | Montant $ | **TOTAL** | Montant $ |

Section 7 – présentation de votre projet

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **DÉVELOPPEZ VOS RÉPONSES** |
| **Depuis quand songez-vous à devenir RTF ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Est-ce que votre projet est personnel ou familial ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Qu’est-ce qui vous motive à vouloir devenir RTF ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Expliquez-nous en quoi votre famille peut venir en aide à une personne confiée ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **À quoi ressemblerait votre projet idéal ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous envisagé la possibilité que l’adaptation à la réalité d’une RTF puisse être difficile pour votre famille ? Qu’il y ait des obstacles ou déceptions ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous informé votre entourage de votre projet. Si oui, quelle a été leur réaction ?** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Voici des exemples de comportements et manifestations pouvant se retrouver chez les personnes accueillies. Nous vous invitons à vous informer sur les différentes problématiques mentionnées et ainsi faire une réflexion quant à vos forces et limites personnelles qui permettront d’accompagner les usagers au quotidien** |

| **Clientèle - DITSADP****Déficience intellectuelle - Trouble du spectre de l'autisme – Déficience physique**  |
| --- |
| Comportements répétitifs et/ou dérangeants (sautillements, cris, taper des mains). | Parle de ses sujets préférés abondamment, en ayant de la difficulté à arrêter. |
| Difficulté à comprendre les frontières sociales (se tenir très proche d’une autre personne, toucher les autres de façon inappropriée) | Problématiques contrôlées de consommation (drogue et/ou alcool. |
| Manque d’autonomie générale (surveillance, rappels, accompagnements, hygiène, déplacements). | Sons ou mouvements répétitifs (secouer ou agiter ses mains, balancer son corps.  |
| Comportements sexuels inadéquats (qui ont peu ou pas d’impact sur les autres). | Réactions fortes à certains stimulus (bruits, odeurs, textures). |
| Difficulté à entrer en contact avec les gens qui l’entourent. | Faible tolérance à la frustration ou aux délais. |
| Difficultés d’apprentissage. | Effectue des rituels. |
| Manque d’habiletés sociales. | Refus occasionnels de prendre la médication. |
| Impulsivité verbale.  | Tend à éviter le regard des autres. |
| Comportements agressifs verbaux occasionnels. | Manque d’empathie envers autrui. |
| Passivité ou difficulté à se mobiliser. | Réactif aux changements.  |
| Difficulté à gérer ses émotions.  | Très sélectif dans ses choix alimentaires. |
| Difficulté à comprendre les sentiments et les émotions. | N’aime pas se faire toucher. |
| Difficulté à faire des choix et/ou à sélectionner des activités. | Retards dans l’acquisition du langage et de l’autonomie. |
| Difficultés d’adaptation face à la nouveauté (rigidité). | Difficultés de compréhension et/ou de communication. |
| Anxiété. | Ne semble pas avoir de notion du danger. |
| Mensonges frequents. | Difficulté à saisir le langage non-verbal. |
| Antécédents d’abus ou de violence. | Jugement limité. |
| Crie ou hurle pour s’exprimer (fréquence et intensité faibles). | Mobilité réduite. |

| **Clientèle - SM****Santé mentale** |
| --- |
| Problématiques de consommation passée ou actuelle (drogue et alcool). | Comportements agressifs (crache sur les autres, menace verbalement). |
| Comportements sexuels inadéquats (comportements masturbatoires, consommation de pornographie excessive). | Hallucinations auditives ou visuelles périodiques ou continues (entendre des voix). |
| Besoin de suivis médicaux spécifiques (pédopsychiatrie, ergothérapie, physiothérapie, etc.). | Manque d’autonomie général (surveillance, rappels, accompagnement, hygiène). |
| Idéations suicidaires actuelles ou passées (faible gestion de risque). | Bouge et/ou parle continuellement. |
| Passivité exagérée et difficulté à se mobiliser. | Délires. |
| Réactions impulsives verbales. | Difficultés de compréhension. |
| Irritabilité. | Crie ou hurle lorsqu’en colère. |
| Antécédents d’abus physique ou sexuel. | Demandes répétitives. |
| Humeur variable. | Effectue des rituels. |
| Difficultés de gestion d’émotions. | Non-respect des frontières. |
| Faible tolérance à la frustration et/ou aux délais. | Présence de phobies ou de peurs irrationnelles incontrôlées. |
| Difficultés d’apprentissage ou de réadaptation. | Lenteur ou déficience intellectuelle. |
| Jugement limité. | TDAH. |
| Ment à différents propos. | Résistance aux consignes et aux demandes spécifiques. |
| Manque d’habileté sociale. | Difficultés d’adaptation face à la nouveauté (anxiété). |
| Anxiété. | Refus occasionnels de prendre la médication. |

SECTION 8 – DÉCLARATION ET SIGNATURES

|  |  |
| --- | --- |
| **Postulant 1** | **Postulant 2 ou Conjoint(e)** |
| J’affirme que tous les renseignements contenus dans cette offre de services sont, à ma connaissance, exacts et véridiques et que j'ai dûment complété l'étape 1, obligatoire à la poursuite de cette démarche. | J’affirme que tous les renseignements contenus dans cette offre de services sont, à ma connaissance, exacts et véridiques et que j'ai dûment complété l'étape 1, obligatoire à la poursuite de cette démarche. |
| [ ]  En cochant cette case, j'atteste avoir assisté à **la séance d'information** préalable au dépôt de ma candidature. | [ ]  En cochant cette case, j'atteste avoir assisté à **la séance d'information** préalable au dépôt de ma candidature. |
| PRÉNOM et NOM : | PRÉNOM et NOM : |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

## VEUILLEZ RETOURNER LE DOCUMENT À L’ADRESSE SUIVANTE :

**recrutement\_fa****milledaccueil.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca**