

Identificateur : _____

Demande d'inscription d'aidant(e)

Renseignements sur l'aidant(e)

Nom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Carrefour principal : _____
 Tél. : (dom.) _____ (autre) _____
 Courriel : _____

Êtes-vous légalement admissible à travailler au Canada et êtes-vous disposé(e) à présenter une preuve de cette admissibilité? Oui Non

Qualifications

Profession : _____
 Études/Formation : _____

Veillez indiquer les domaines desquels vous avez une expérience :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autisme/TED (Trouble envahissant du développement) | <input type="checkbox"/> Comportements difficiles |
| <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles | <input type="checkbox"/> Diagnostic mixte |
| <input type="checkbox"/> Incapacité physique | <input type="checkbox"/> Crises épileptiques |
| <input type="checkbox"/> Cas médical complexe | |

Veillez indiquer votre expérience des compétences suivantes :

- Sonde G/J Oxygène Aspiration Trachéotomie Ventilateur

Veillez indiquer votre expérience des mesures de soutien suivantes :

- AAC (ANALYSE APPLIQUÉE DU COMPORTEMENT) Dispositifs alternatifs de communication
 Comportement Soins médicaux Accessoires fonctionnels (p. ex., fauteuils roulants)
 Soins physiques (transferts, levages) Langage gestuel
 Orthophonie

- Secourisme Date d'expiration : _____ (Vous devez fournir une copie)
 RCR Date d'expiration : _____ (Vous devez fournir une copie)
 CPI Date d'expiration : _____ (Vous devez fournir une copie)

Êtes-vous disposé(e) à prodiguer des soins personnels (p. ex., élimination et propreté)? _____

Autre expérience : _____

Identificateur : _____

Quelles langues parlez-vous en plus de l'anglais? _____

Avez-vous un permis de conduire? Oui Non
Êtes-vous disposé(e) à utiliser votre véhicule personnel pendant la prestation de services de relève et êtes-vous en mesure de le faire? Oui Non

Veillez indiquer vos intérêts/passe-temps :

Quelles compétences et(ou) forces spéciales offrez-vous à ce poste?

Observations additionnelles (restrictions, préoccupations, préférences, etc.)

Préférences :

Êtes-vous disposé(e) à travailler avec

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> des enfants d'âge préscolaire (0-5 ans) | <input type="checkbox"/> des enfants d'âge scolaire (6-12 ans) |
| <input type="checkbox"/> des adolescents (13-17 ans) | <input type="checkbox"/> des jeunes adultes (18-21 ans) |
| <input type="checkbox"/> des adultes (22-30 ans) | <input type="checkbox"/> des adultes (31-50 ans) |
| <input type="checkbox"/> des personnes âgées (+50 ans) | |

de genre : masculin féminin

Taux de rémunération : _____

J'accepte de travailler dans les régions suivantes :

- Brampton Caledon Mississauga Peel

Identificateur : _____

Disponibilité (sauf les mois estivaux) : *(Soyez aussi précis(e) que possible s.v.p.)*

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant l'école 7 h – 9 h							
Matin 9 h – 12 h							
Après-midi 12 h – 16 h							
Après l'école 15 h – 17 h							
Soir 17 h – 23 h							
Nuit							
Été :	Avant-midis	Après-midis	Soirs	Fins de semaine	Nuits	Samedi	Dimanche
Autre :	Congé de mars	Jours fériés	Rempl.				

Où avez-vous entendu parler du Programme CHAP? _____

Demandes d'agences :

Occasionnellement, le Programme CHAP reçoit des demandes d'agences communautaires à la recherche d'un(e) aidant(e) du Programme CHAP pour assurer des services de relève à une famille ou pour un programme offert par l'agence. Le personnel autorisé d'une telle agence peut obtenir un mot de passe pour lancer une recherche dans la banque d'aidants afin de sélectionner une personne.

J'accepte que mon profil soit transmis aux agences inscrites au Programme CHAP ou qu'il soit examiné par ces agences. Oui Non

Veillez lire et signer :

Je souhaite être pris(e) en considération pour la banque de données des aidants du Programme CHAP. Je comprends que l'information fournie servira à faciliter le processus d'appariement à une famille. J'accepte que mon profil et mes renseignements soient partagés avec la famille à cette fin.

Les faits présentés dans ma demande sont vrais et complets. Je comprends et je reconnais qu'une déclaration trompeuse (dans mon CV ou ma demande, ou pendant mon entrevue) peut me rendre inadmissible à un emploi ou entraîner mon licenciement.

Signature

Date

Veillez retourner votre demande, dûment remplie, accompagnée de votre CV, au Programme CHAP (coordonnées ci-dessous)

Commandité par le ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
respiteservices.com respecte la confidentialité de vos renseignements. Nous protégeons vos renseignements personnels et respectons toutes les exigences législatives. Nous ne louons, ne vendons, ou n'échangeons pas nos listes de diffusion. Nous utilisons les renseignements que vous nous fournissez pour vous mettre en relation avec des aidants pertinents, pour vous tenir au courant de nos activités et de nos autres programmes/services de relève et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si vous souhaitez cesser de recevoir cette information à un moment donné, veuillez tout simplement communiquer avec nous par téléphone au 905 507 9360 ou par courriel à riva@cdrcp.com.