

OFFRE DE SERVICE POUR DEVENIR FAMILLE D'ACCUEIL (ressource de type familial)

Pour être admissible à devenir famille d'accueil, 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 familles d'accueil au CIUSSSCN? (plusieurs réponses possibles)

Affiches publicitaires
Site internet CIUSSSCN
Une personne dans mon entourage est famille d'accueil

Médias sociaux (ex : Facebook, Instagram, etc.)
Médias traditionnels (télévision, radio, etc.)
Autre (s) :

SECTION 1 – CLIENTÈLE DÉSIRÉE

Type de clientèle (veuillez cocher un seul type de clientèle)		
FAMILLE D'ACCUEIL RÉGULIÈRE	BANQUE MIXTE <input type="checkbox"/>	URGENCE SOCIALE * <input type="checkbox"/>
Commentaires (s'il y a lieu) :		
* Urgence sociale : Disponibilité à accueillir un enfant les soirs, nuits, fins de semaine et jours fériés pour une courte durée (24 à 72 heures environ).		
ÂGE SOUHAITÉ : ENTRE _____ ET _____ ANS		
Accepteriez-vous des enfants de la même famille (fratrie) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Nombre d'enfant que vous souhaitez accueillir : _____		
SEXE		
<input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ	<input type="checkbox"/> MIXTE

SECTION 2 – IDENTIFICATION DES POSTULANTS

Postulant 1	<input type="checkbox"/> Postulant 2 <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Conjoint(e)
NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE
PRÉNOM(S)	PRÉNOM(S)
ADRESSE ACTUELLE	ADRESSE ACTUELLE (si différente)
VILLE	VILLE
PROVINCE	PROVINCE
CODE POSTAL	CODE POSTAL
N° DE TÉLÉPHONE DOMICILE	N° DE TÉLÉPHONE DOMICILE
N° DE TÉLÉPHONE BUREAU	N° DE TÉLÉPHONE BUREAU
N° DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE	N° DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE
ADRESSE ÉLECTRONIQUE	ADRESSE ÉLECTRONIQUE
DATE DE NAISSANCE ANNÉE Mois JOUR	DATE DE NAISSANCE ANNÉE Mois JOUR
SEXE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres	SEXE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres
N° RAMQ	N° RAMQ
ÉTAT CIVIL	ÉTAT CIVIL
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Célibataire
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait Date :	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait Date :
<input type="checkbox"/> Séparé(e) Date :	<input type="checkbox"/> Séparé(e) Date :
<input type="checkbox"/> Marié Date :	<input type="checkbox"/> Marié Date :
<input type="checkbox"/> Divorcé(e) Date :	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) Date :
<input type="checkbox"/> Veuf (veuve) Date :	<input type="checkbox"/> Veuf (veuve) Date :

N° D'ASSURANCE SOCIALE :		N° D'ASSURANCE SOCIALE :	
PAYS D'ORIGINE (CITOYENNETÉ)	RELIGION	PAYS D'ORIGINE (CITOYENNETÉ)	RELIGION
PRATIQUE RELIGIEUSE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLE		PRATIQUE RELIGIEUSE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLE	
LANGUE D'USAGE	LANGUE SECONDE	LANGUE D'USAGE	LANGUE SECONDE
Formation reconnue en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Date de délivrance :</u>		Formation reconnue en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Date de délivrance :</u>	
Exploitez-vous une garderie en milieu familial ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Exploitez-vous une garderie en milieu familial ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Possession d'un permis de conduire valide ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Possession d'un permis de conduire valide ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Possédez-vous un ou des véhicules automobiles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Possédez-vous un ou des véhicules automobiles ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Présence de problèmes de santé physique ou mentale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Présence de problèmes de santé physique ou mentale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<i>SI OUI, PRÉCISEZ :</i>		<i>SI OUI, PRÉCISEZ :</i>	
Suivi professionnel personnel ou conjugal actif ou antérieur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A <i>SI OUI, PRÉCISEZ LES MOTIFS :</i>		Suivi professionnel personnel ou conjugal actif ou antérieur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A <i>SI OUI, PRÉCISEZ LES MOTIFS :</i>	
Antécédents judiciaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE(S) ET LE DÉLIT(S) :</i>		Antécédents judiciaires ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE(S) ET LE DÉLIT(S) :</i>	
DATE :	DÉLIT :	DATE :	DÉLIT :
Consommation/Dépendance(s) ? (cannabis, alcool et/ou drogue, jeux, etc.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>SI OUI, PRÉCISEZ LE TYPE(S) ET LA FRÉQUENCE(S) :</i>		Consommation/Dépendance(s) ? (cannabis, alcool et/ou drogue, jeux, etc.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>SI OUI, PRÉCISEZ LE TYPE(S) ET LA FRÉQUENCE(S) :</i>	
TYPE :	FRÉQUENCE :	TYPE :	FRÉQUENCE :

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 ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE(S) ET L'ÉVÈNEMENT(S) :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE(S) ET L'ÉVÈNEMENT(S) :	
DATE :	ÉVÈNEMENT :	DATE :	ÉVÈNEMENT :

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, LSJPA (Inscrire l'année)	Type de garde		Problème de santé physique ou mentale Si oui, précisez l'impact
						Complète	Partagée	
1		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres				Complète	Partagée	
2		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres				Complète	Partagée	
3		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres				Complète	Partagée	
4		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres				Complète	Partagée	

SECTION 2.1 - B) AUTRES PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER

	Nom, Prénom	Sexe	Date de naissance	Occupation (travail, étude)	Antécédent(s) judiciaire(s) Si oui, précisez	Lien avec le/les postulant(s) (parenté, chambreur, etc.)	Cette personne habite la résidence depuis quand ?	Problème de santé physique ou mentale. Si oui, précisez l'impact et s'il y a un suivi professionnel.
1		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres						

2		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres					
3		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres					
4		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autres					

SECTION 2.2 – RENSEIGNEMENT SUR LE MILIEU DE VIE

Renseignements relatifs à votre milieu de vie			
Depuis combien d'années demeurez-vous à l'adresse actuelle ?		Nombre de déménagements au cours des 10 dernières années :	
ADRESSE PRÉCÉDENTE :		Raisons :	
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	
Possédez-vous une assurance habitation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Le milieu de vie que vous proposez correspond-il à votre adresse actuelle ? <i>Si non, indiquez ci-dessous l'adresse proposée</i>		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ADRESSE DU MILIEU DE VIE PROPOSÉ :			
VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :	
Êtes-vous propriétaire ou locataire ? <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE			
TYPE D'HABITATION :		NOMBRE DE CHAMBRES DISPONIBLES POUR ACCUEILLIR UN/DES ENFANT(S) :	
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Duplex <input type="checkbox"/> Jumelé <input type="checkbox"/> Logement multiple			
Animaux domestiques		Environnement	
Avez-vous des animaux domestiques ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> FUMEUR <input type="checkbox"/> NON FUMEUR	
Si oui, préciser lesquels :			
Loisirs et sports de la famille			
Loisirs et implication communautaire pour les postulants et leurs enfants :			

SECTION 3 – SCOLARITÉ

Postulant 1	Postulant 2 ou Conjoint(e)
<i>Veillez cocher et remplir les sections s'appliquant à votre parcours scolaire :</i>	<i>Veillez cocher et remplir les sections s'appliquant à votre parcours scolaire :</i>
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires (DES) obtenu.	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires (DES) obtenu.

<input type="checkbox"/> ÉTUDES COLLÉGIALES OU PROFESSIONNELLES		<input type="checkbox"/> ÉTUDES COLLÉGIALES OU PROFESSIONNELLES	
Domaine d'études :		Domaine d'études :	
Diplôme obtenu :	Année :	Diplôme obtenu :	Année :
<input type="checkbox"/> ÉTUDES UNIVERSITAIRES		<input type="checkbox"/> ÉTUDES UNIVERSITAIRES	
Domaine d'études :		Domaine d'études :	
Diplôme obtenu :	Année :	Diplôme obtenu :	Année :

SECTION 4 – EMPLOI ACTUEL

Postulant 1		Postulant 2 ou Conjoint(e)	
Travaillez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Travaillez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si non, êtes-vous en arrêt de travail temporaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, êtes-vous en arrêt de travail temporaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous êtes en arrêt de travail, veuillez nommer les raisons :		Si vous êtes en arrêt de travail, veuillez nommer les raisons :	
TYPE D'EMPLOI :		TYPE D'EMPLOI :	
HORAIRE DE TRAVAIL :		HORAIRE DE TRAVAIL :	
NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL :		NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL :	
DEPUIS QUAND ? :		DEPUIS QUAND ? :	
Prévoyez-vous cesser cet emploi si vous êtes reconnu comme ressource de type familial ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prévoyez-vous cesser cet emploi si vous êtes reconnu comme ressource de type familial ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	

SECTION 4.1 – EMPLOIS ANTÉRIEURS

Postulant 1	Postulant 2 ou Conjoint(e)
TYPE D'EMPLOI :	TYPE D'EMPLOI :
NOM DE L'EMPLOYEUR :	NOM DE L'EMPLOYEUR :

DE :	À :	DE :	À :
RAISON DU DÉPART :		RAISON DU DÉPART :	
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE		ADRESSE ÉLECTRONIQUE	

SECTION 5 – EXPÉRIENCE(S) ANTÉRIEUR(S)

Avez-vous déjà entrepris des démarches pour devenir famille d'accueil (ressource de type familial) ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, en quelle année ?		Nom de l'établissement :	
Avez-vous vécu d'autres expériences significatives qui pourraient vous aider à assumer les responsabilités d'une ressource de type familial ?			<input type="checkbox"/> OUI
Si oui, indiquez ci-dessous quelles sont ces expériences			<input type="checkbox"/> NON
Autres expériences significatives :			

SECTION 6 – SITUATION FINANCIÈRE DE LA FAMILLE

SECTION 6.1 – REVENUS ACTUELS (PAR MOIS)

Postulant 1		Postulant 2 ou Conjoint(e)	
Salaire net après impôts :	\$	Salaire net après impôts :	\$
Sécurité du revenu :	\$	Sécurité du revenu :	\$
Pension alimentaire :	\$	Pension alimentaire :	\$
Prestation fiscale pour enfants :	\$	Prestation fiscale pour enfants :	\$
Autre revenu net :	\$	Autre revenu net :	\$
<u>Précisez la source :</u>		<u>Précisez la source :</u>	
Autre revenu net :	\$	Autre revenu net :	\$
<u>Précisez la source :</u>		<u>Précisez la source :</u>	
TOTAL :	\$	TOTAL :	\$

SECTION 6.2 – DÉPENSES ACTUELLES (PAR MOIS)

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

Postulant 1		Postulant 2 ou Conjoint(e)	
Versement hypothécaire ou loyer :	\$	Versement hypothécaire ou loyer :	\$
Taxes (municipales et scolaires) :	\$	Taxes (municipales et scolaires) :	\$
Dépenses automobiles (ex: essence, entretien, etc.) :	\$	Dépenses automobiles (ex: essence, entretien, etc.) :	\$
Électricité :	\$	Électricité :	\$
Chauffage (si non électrique) :	\$	Chauffage (si non électrique) :	\$
Entretien et réparation :	\$	Entretien et réparation :	\$
Assurances (ex.: maison, automobile, vie) :	\$	Assurances (ex.: maison, automobile, vie) :	\$
Habillement :	\$	Habillement :	\$
Épicerie :	\$	Épicerie :	\$
Téléphonie, télévision, Internet :	\$	Téléphonie, télévision, Internet :	\$
TOTAL :	\$	TOTAL :	\$

SECTION 6.3 – AUTRES DÉPENSES ACTUELLES (PAR MOIS)

Postulant 1		Postulant 2 ou Conjoint(e)	
Prêt(s) personnel(s)	\$	Prêt(s) personnel(s)	\$
Prêt(s) automobile(s)	\$	Prêt(s) automobile(s)	\$
Transport (en commun, essence, immatriculation, permis de conduire, réparation auto, etc.)	\$	Transport (en commun, essence, immatriculation, permis de conduire, réparation auto, etc.)	\$
Cartes de crédit	\$	Cartes de crédit	\$
Pension alimentaire	\$	Pension alimentaire	\$
Autre dépense, <u>précisez</u> :	\$	Autre dépense, <u>précisez</u> :	\$
Autre dépense, <u>précisez</u> :	\$	Autre dépense, <u>précisez</u> :	\$
TOTAL :	\$	TOTAL :	\$

SECTION 7 – PRÉSENTATION DE VOTRE PROJET

QUESTIONS	DÉVELOPPEZ VOS RÉPONSES
Depuis quand songez-vous à devenir famille d'accueil ?	
Est-ce que votre projet de famille d'accueil est un projet personnel ou familial ?	
Qu'est-ce qui vous motive à vouloir devenir famille d'accueil ?	
Expliquez-nous en quoi votre famille peut venir en aide à un enfant confié ?	
À quoi ressemblerait votre projet de famille d'accueil idéal ?	
Avez-vous envisagé la possibilité que l'adaptation à la réalité de famille d'accueil puisse être difficile pour votre famille, qu'il y ait des obstacles ou déceptions ?	
Vivez-vous une des situations particulières suivantes ? (situations à cocher)	<input type="checkbox"/> La présence d'un enfant de moins d'un an <input type="checkbox"/> La maladie grave d'un proche <input type="checkbox"/> Une grossesse <input type="checkbox"/> Décès d'un proche <input type="checkbox"/> Une rupture d'une union <input type="checkbox"/> Traitements de fertilité
Accepteriez-vous de vous investir auprès d'un enfant à long terme ou jusqu'à la majorité ?	
Seriez-vous à l'aise avec la possibilité que l'enfant conserve des contacts téléphoniques ou des visites avec sa famille d'origine ?	
Avez-vous informé votre entourage de votre projet et quelle a été leur réaction ?	

Troubles adaptatifs pouvant se retrouver chez les enfants et les adolescents suivi par la protection de la jeunesse : Nous vous invitons à aller chercher de l'information concernant les différentes problématiques mentionnées. Vous pourrez ainsi faire une réflexion quant à vos forces et limites personnelles dans la gestion du quotidien avec les jeunes qui vous sont confiés.

Antécédents d'abus physique	<input type="checkbox"/>	Antécédents d'abus sexuel	<input type="checkbox"/>
Ment à différents propos, et ce, de façon régulière	<input type="checkbox"/>	Passivité exagérée et difficulté à se mobiliser	<input type="checkbox"/>
Provocation de dispute ou bataille	<input type="checkbox"/>	Problématique de vols	<input type="checkbox"/>
Bouge et/ou parle continuellement	<input type="checkbox"/>	Problématique d'automutilation (se mord, se frappe, se gratte)	<input type="checkbox"/>
Change d'humeur sans raison apparente	<input type="checkbox"/>	Problématique d'encoprésie et/ou d'énurésie	<input type="checkbox"/>
Comportements agressifs (ex: crache sur les autres, menace verbalement, lance ou frappe des objets, agresse physiquement, etc.)	<input type="checkbox"/>	Problématique de consommation (drogue et alcool)	<input type="checkbox"/>
Comportements sexuels inadéquats	<input type="checkbox"/>	Problématique de fugue	<input type="checkbox"/>
Crie ou hurle lorsqu'en colère	<input type="checkbox"/>	Problématique de langage	<input type="checkbox"/>
Difficultés de sommeil	<input type="checkbox"/>	Problématique de santé mentale	<input type="checkbox"/>
Besoin de suivis médicaux spécifiques (pédopsychiatrie, ergothérapie, physiothérapie, etc.)	<input type="checkbox"/>	Pleure sans arrêt sur de longues périodes de temps (inconsolable)	<input type="checkbox"/>
Effectue des rituels	<input type="checkbox"/>	Problématique suicidaire	<input type="checkbox"/>
Enfant envahissant qui ne respecte pas les frontières des autres	<input type="checkbox"/>	Dysfonctionnement scolaire important (ex: expulsion, plan d'intervention, etc.)	<input type="checkbox"/>
Enfant présentant des allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	Réactions agressives aux critiques/refus	<input type="checkbox"/>
Enfant qui a des peurs, des phobies irrationnelles incontrôlées	<input type="checkbox"/>	Refus de se rendre à l'école	<input type="checkbox"/>
Enfant qui parle fort et/ou coupe continuellement la parole	<input type="checkbox"/>	Résistance aux consignes et aux demandes spécifiques	<input type="checkbox"/>
Enfant qui touche les autres de façon inappropriée	<input type="checkbox"/>	Syndrome d'alcoolisme fœtal	<input type="checkbox"/>
Enfant qui utilise les biens d'autrui sans permission	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'attachement	<input type="checkbox"/>
Intérêt et utilisation exagérée des jeux vidéo	<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>
La dysphorie de genre ou questionnement quant à l'identité sexuel	<input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/>
Lenteur ou déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	Troubles d'apprentissage	<input type="checkbox"/>

