

ID: _____

Inscription de Famille

Informations de Parent/ Soignant(e)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : __
Adresse : _____ Apt : _____
Ville : _____ Code Postal : _____
Intersection la plus proche : _____
Téléphone : _____ Autre : _____
Télécopieur : _____ Courriel : _____
Lien au individu : ___ Mère ___ Père ___ Tuteur/tutrice légale
Autre (précisez) : _____
Langue parlée à la maison : _____
Interprète requis : ___ Oui ___ Non Si oui, identifiez la langue : _____

Informations du Contact Primaire

Cochez si c'est le même du Parent/ Soignant(e)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : __
Adresse : _____ Apt : _____
Ville : _____ Code Postal : _____
Intersection la plus proche : _____
Téléphone : _____ Autre : _____
Télécopieur : _____ Courriel : _____
Lien au individu : ___ Mère ___ Père ___ Tuteur/tutrice légale
Autre (précisez) : _____

Informations de l'individu (fils/fille)

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale : __
Date de naissance : _____ Sexe : _____
jour / mois / année

Cochez si l'adresse est la même du Parent/ Soignant(e)

Adresse : _____ Apt : _____
Ville : _____ Code Postal : _____
Téléphone : _____ Autre : _____

1

Financé par le Centre Genève pour l'Autisme

respiteservices.com respecte votre vie privée. Nous protégeons votre information personnelle et nous respectons toutes les obligations législatives. Nous ne louons ni vendons ni faisons de commerce nos listes de courriel. Nous utiliserons l'information que vous nous fournissez pour vous connecter avec les travailleurs aptes, pour vous informer de nos activités et d'autres programmes/services de répit et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si, n'importe quand, vous ne voudrez plus recevoir cette information, simplement nous contacter à 416-322-6317 ou par courriel à info@respiteservices.com

ID: _____

Informations de l'individu (fils/fille)

S'il vous plaît, écrivez une liste des intérêts et des passe-temps de votre fils/fille :

Incapacité et besoins particuliers

Diagnostic :

- THADA - Allergies - Autisme/TED - Comportements difficiles – Double diagnostic – Incapacités de développement – Complexe médicalement – la santé mentale – Handicap physique – Attaques

Autres besoins :

- G/J tube – Oxygène – Succion – Trachéotomie – Respirateur artificiel

Soutien nécessaire

- ACA – Communication alternative – Comportement – Médicale – Appareils assistants – Physique (transférer et soulever) – Langage des signes – Élocution et langage – Soins personnels (par ex, la toilette) – Premiers soins – RCR - IPC

Comment apprenez-vous de respiteservices.com? _____

Genre de soutien de répit nécessaire

- Travailleur/travailleuse de répit à domicile
- À l'extérieur
- Les deux
- Inconnu

Nom de ce/celle qui remplit le demande : _____

Lien à l'utilisateur de service/individu : _____

Agence qui remplit le demande (le cas échéant) : _____

Qui recevra l'information : - Parent/ Soignant(e)
- Contact primaire

ID: _____

Conditions pour Travailleur/Travailleuse

Sexe : - Homme -Femme -Peu importe

Salaire horaire : - \$10-12 -\$12-15 -\$15+ -Négociable

Pour le soutien répit on a besoin d'un travailleur/une travailleuse avec :

- un permis de conduire
- son propre véhicule

Devoirs de travailleur/travailleuse / Commentaires supplémentaires :

S.V.P. incluez : le soutien personnel nécessaire, les exigences pour le travailleur/la travailleuse, besoins de soutien particuliers etc.

Disponibilité nécessaire de travailleur/travailleuse (à part des mois d'été) : (Cochez les jours et les heures nécessaires ou préférés)

L'Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant l'école							
Matin							
Après-midi							
Après l'école							
Soirée							
Pour la nuit							
Autre :	L'été (mois)			Le congé de mars	Les vacances	Répit	
	Matin	Après-midi	Soirée	Fin de semaine			

3

Financé par le Centre Genève pour l'Autisme

respiteservices.com respecte votre vie privée. Nous protégeons votre information personnelle et nous respectons toutes les obligations législatives. Nous ne louons ni vendons ni faisons de commerce nos listes de courriel. Nous utiliserons l'information que vous nous fournissez pour vous connecter avec les travailleurs aptes, pour vous informer de nos activités et d'autres programmes/services de répit et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si, n'importe quand, vous ne voudrez plus recevoir cette information, simplement nous contacter à 416-322-6317 ou par courriel à info@respiteservices.com

ID: _____

Petite annonce

Voudriez-vous avoir une petite annonce sur notre site d'internet :

- Oui – Non

S'il vous plaît écrivez votre petite annonce pour notre site d'internet. En ayant une petite annonce, des travailleurs/travailleuses ACPA qui cherchent les postes peuvent voir des possibilités de travail et nous demander d'envoyer leur profil aux familles qu'ils s'intéressent à soutenir. Nous affichons les petites annonces pour un mois mais on peut les renouveler n'importe quand. Les informations privées de la famille ne sont pas incluses dans la petite annonce. À l'inscription, on attribue un numéro d'identification à chaque famille.

ACPA Petite annonce de famille

Description de l'individu : _____

Devoirs et Activités de Travailleur/Travailleuse : _____

Informations supplémentaires

Préférence de moyen de recevoir des profils des travailleurs/travailleuse :

- poste - télécopieur - courriel

Voudriez-vous recevoir une copie de :

- ACPA – Ensemble d'information pour les Parents

Avez-vous été accepté pour/ recevez-vous le financement de PSPD :

Oui/Non

S'il vous plaît lisez et signez la suivante :

Je m'intéresse à m'inscrire dans le programme ACPA. Je comprends que vous utiliserez les informations que je fournis pour faciliter le processus de trouver un travailleur/travailleuse pour ma famille. Je suis prêt(e) à choisir, faire passer des entretiens et embaucher un travailleur/travailleuse à ma discrétion.

Signature

Date

4

Financé par le Centre Genève pour l'Autisme

respiteservices.com respecte votre vie privée. Nous protégeons votre information personnelle et nous respectons toutes les obligations législatives. Nous ne louons ni vendons ni faisons de commerce nos listes de courriel. Nous utiliserons l'information que vous nous fournissez pour vous connecter avec les travailleurs aptes, pour vous informer de nos activités et d'autres programmes/services de répit et pour vous envoyer des formulaires de mise à jour. Si, n'importe quand, vous ne voudrez plus recevoir cette information, simplement nous contacter à 416-322-6317 ou par courriel à info@respiteservices.com

AUTORISATION

Rassemblement, usage et révélation des informations fournies

Les informations rassemblées directement de vous seront envoyées au personnel de respiteservices.com (dirigé par le Centre Genève pour l'Autisme) qui l'utilisera pour les usages suivants :

- pour faciliter le processus de trouver un travailleur/travailleuse pour vos besoins de répit
- pour faciliter le processus de faire une demande pour une option de répit à l'extérieur de la maison
- pour faciliter les deux processus susnommées

Pour vous aider de la façon la meilleure que possible, il faudra partager (quand c'est approprié) l'information fournie avec d'autres agences de répit/prestataires de service, incluant d'autres agences hôtes de respiteservices.com

En outre, quelques informations fournies seront résumées périodiquement pour faciliter des activités de l'organisation communautaire. Ces résumés d'informations n'incluront pas des identifiants personnels (par ex. nom, adresse, N° de téléphone etc)

Autorisation

Je _____ ai révisé la déclaration concernant le rassemblement, usage et révélation d'information personnelle. Je comprends que je peux refuser d'autoriser. Je comprends aussi que je peux retirer mon autorisation n'importe quand.

Je déclare que j'autorise le rassemblement, usage et révélation de mon information personnelle pour tous les usages susmentionnés.

Parent	J'accepte
Tuteur/Tutrice	J'accepte
Individu	J'accepte

Refus d'autorisation

Y a-t-il des limitations concernant le rassemblement, usage et révélation des informations fournies?

Si vous n'autorisez pas la révélation de vos informations à d'autres agences de répit, s'il vous plaît cochez les agences concernées.

Bloorview Kids Rehab	Mary Centre
Christian Horizons	Meta Centre
Community Living Toronto	Montage Support Services
East Metro Youth Services	Reena
Extend-A-Family	Surrey Place
Geneva Centre for Autism	Safehaven
Griffin Centre	Variety Village
Kerry's Place Autism Services	VITA

Other: _____

Date: _____

Signature de témoin

Nom/Signature de Parent

PROGRAMME ACPA ACCORD et DÉGAGEMENT de FAMILLE

En signant cet accord et dégageant j'admets et j'accepte que :

Les travailleurs/travailleuses ACPA ne sont pas des salariés d'ACPA. Le programme ACPA m'a fourni une liste de travailleurs/travailleuses ACPA disponibles et je suis responsable pour ma sélection d'un travailleur/une travailleuse ACPA. Je payerai le travailleur/ la travailleuse ACPA que j'embauche directement. Je ne tiens pas le programme ACPA pour responsable des désaccords que je pourrai avoir avec le travailleur/ la travailleuse ACPA. Je résoudrai mes problèmes directement avec le travailleur/la travailleuse ACPA. Je ne tiens pas le programme ACPA pour responsable du comportement ou des actions du travailleur/ de la travailleuse qui j'embauche.

Le travailleur/la travailleuse ACPA a fourni une vérification policière récente et deux références au programme ACPA au moment de l'entretien pour la base de données du programme des travailleurs/travailleuses ACPA et a confirmé que ces références sont justes et complets. Le programme ACPA vérifie les références comme partie du processus d'évaluation. Cependant, on encourage les familles à vérifier les références aussi. Je suis responsable pour vérifier les références et pour faire en sorte qu'il y ait une vérification policière pour le travailleur/la travailleuse ACPA.

Le travailleur/la travailleuse ACPA n'est pas un/une thérapeute qualifié(e). Je reçois son nom comme un travailleur/une travailleuse de répit possible qui a reçu un cours d'introduction de plein journée incluant une introduction à l'autisme. Un travailleur/une travailleuse peut être enlevé(e) du base de donnée ACPA n'importe quand, à la discrétion exclusif des facilitateurs d'accès.

Le travailleur/ la travailleuse ACPA a admis par écrit que :

1. Il/elle est entrepreneur/entrepreneuse indépendant(e) et non pas un/une salarié, agent(e), ou représentant(e) du programme ACPA et n'est pas autorisé à représenter ou parler pour le programme ACPA ou respiteservices.com.
2. Sauf quand mon employeur consentit, je garderai l'information de mon employeur et sa famille et mon contrat avec mon employeur confidentiels.
3. Il/elle est entièrement responsable pour n'importe véhicule privé qu'il/elle utilise pour transporter des personnes servi par le travailleur/ la travailleuse ACPA.
4. Il/elle est entièrement responsable pour son propre assurance de santé ou d'accident, ou paiement des impôts, ou contribution à assurance-emploi ou RPC ou d'autres plans d'allocation.

En considération de mon accès aux noms des travailleurs/travailleuses ACPA, je dégage le programme ACPA et respiteservices.com (qui dans cette accord et dégageant inclus tous les parties qui ont la responsabilité légale pour le programme ACPA et respiteservices.com, particulièrement les agences locales qui sponsorisent les programmes, le Centre Genève pour l'Autisme, et leurs salariés, responsables et directeurs) de tout action, cause d'action procédure, réclamation, demande, perte, dégâts, et responsabilité de tout nature et genre qui émane de mes relations avec le programme ACPA, respiteservices.com et n'importe travailleur/travailleuse ACPA. J'accepte d'assurer le programme ACPA et respiteservices.com de n'importe réclamation qui émane contre eux comme résultat de ma conduite. Je ne revendiquerai pas contre n'importe partie qui peut faire réclamation de contribution ou d'indemnité du programme ACPA et respiteservices.com.

Date : _____

ID: _____

Signature de Parent/Tuteur(Tutrice)

Signature de témoin

Nom écrit en script de Parent/Tuteur(Tutrice)

Nom écrit en script du témoin