

## Offre de service

- Ressource de type familial  
 Banque mixte

	Postulant 1	Postulant 2
Nom		
Prénom		
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance	_____ Année/mois/jour	_____ Année/mois/jour
No. d'assurance sociale		
Pays d'origine		
Scolarité		
Adresse civique	No civique et rue : Ville : Code Postal :	
Téléphone domicile		
Cellulaire		
Téléphone travail		
Adresse courriel		

### 1.1 Données personnelles

#### a) Statut civil

<input type="checkbox"/> Marié ou en union de fait, depuis quand ? Date :
<input type="checkbox"/> Veuf(ve) Depuis quand ? Date :
<input type="checkbox"/> Personne séparée ou divorcée depuis quand ? Date :
<input type="checkbox"/> Célibataire Depuis quand? Date :
<input type="checkbox"/> Famille recomposée, si oui depuis quand ? Date :

**b) Origines ethniques**

	POSTULANT 1	POSTULANT 2
Appartenance ethnique:		
Lieu de naissance:		
Langues parlées :		
Citoyenneté :		
Résident permanent	En date du :	En date du :

**c) Santé**

Est-ce que vous ou d'autres personnes à la maison avez souffert ou souffrez actuellement d'incapacité, de handicap ou de maladie physique ou psychologique ? oui  non

Si oui, précisez de qui il s'agit, la nature de la maladie ou de l'incapacité, la durée d'hospitalisation et s'il y a lieu et la médication pour chaque personne concernée :

Habitudes de consommation				
	POSTULANT 1	POSTULANT 2	ENFANTS	AUTRE(S)
Alcool	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :				
Drogues	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :				
Médicaments sous ordonnance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :				
Médicaments autres que sous ordonnance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :				
Jeux de hasard et d'argent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précisez :				
Cigarettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui à la cigarette, quel moyen prendrez-vous pour ne pas que l'enfant soit exposé à la fumée secondaire?				

**d) Travail**

**Postulant 1**

**Postulant 2**

Travaillez-vous à l'extérieur de la maison ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quel travail occupez-vous?		

Nom et adresse de votre employeur :		
Depuis quand occupez-vous votre emploi actuel ?		
Nombre d'heures/ semaine		
Quel est votre horaire de travail? Jour / soir / fin de semaine		
Si vous occupez un emploi, quels moyens prendrez-vous pour assurer présence et disponibilité à l'enfant?		

Quels sont vos projets d'avenir par rapport à votre travail?

**Postulant 1 :**

**Postulant 2 :**

**e) Conviction religieuse et/ou habitudes de vie**

De quelle religion est votre famille ?

Pratiquant  Non pratiquant

Quelle place prend la religion dans votre famille?

Adhérez-vous à des regroupements religieux ? Oui  Non

Si oui, lequel :

Adhérez-vous à des habitudes de vie particulières (ex : végétarisme, nudisme)?

Oui  Non

Si oui, laquelle?

**f) Antécédents judiciaires\***

Avez-vous des antécédents judiciaires?

**Postulant 1 :** Oui  Non

**Postulant 2 :** Oui  Non

**Autre adulte vivant au domicile :** Oui  Non

Postulant 1 : Si oui, précisez la nature et la date des événements :

Postulant 2 : Si oui, précisez la nature et la date des événements :

Autre adulte vivant au domicile : Si oui, précisez la nature et la date des événements :

***\*Nous tenons à vous informer que nous vérifions systématiquement vos antécédents judiciaires***

**g) Enfant(s) des postulants**

Nom et prénom à la naissance	Né(e) le	Scolarité complétée	Occupation	Demeure au foyer		Statut civil	École actuelle fréquentée (si étudiant) ou occupation
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

**h) Autre(s) personne(s) résidant au foyer**

Nom et prénom à la naissance	Né(e) le	Lien	Occupation

**i) Moyens de transport**

Possédez-vous un permis de conduire valide? Oui  Non

Disposez-vous d'un véhicule automobile ? Oui  Non

Avez-vous facilement accès à un service de transport en commun? Oui  Non

**j) Reconnaissance antérieure**

Avez-vous fait l'objet d'une suspension ou d'une révocation de reconnaissance à titre de ressource (famille d'accueil ou ressource intermédiaire), au cours des trois (3) dernières années? Non  Oui  Expliquez

Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus à titre de postulant afin d'être reconnu comme ressource (famille d'accueil ou ressource intermédiaire)? Non  Oui

Expliquez :

**k) Suivi social**

Est-ce que vous ou un des membres de votre famille avez déjà fait l'objet d'un signalement ou d'un suivi social, psychologique ou psychiatrique soit avec le CLSC, les Centres Jeunesse, un centre hospitalier ou au privé? Oui  Non

Si oui, veuillez préciser qui a fait l'objet de ce suivi et la raison:

## **I) Projets en cours**

Parallèlement à votre démarche pour devenir ressource de type familial, avez-vous d'autres projets tels :

démarches d'adoption

grossesse

autres, précisez :

## **1.2 Données socio-économiques**

### **a) Activités, loisirs, etc.**

Les membres de votre famille s'adonnent-ils à des sports, loisirs ou activités précises ? Précisez :

<u>Individuelles:</u> Postulant 1 :  Postulant 2 :
<u>Familiales :</u>
<u>Conjugales :</u>
<u>Vos enfants :</u>

Quel impact ces activités ont-elles sur la disponibilité et l'organisation familiales?

À quelle(s) activité(s) sociale(s), culturelle(s) ou sportive(s) aurait (ent) accès l'enfant qui vous serait confié? Précisez :

Décrivez l'équipement que vous possédez pour les jeux intérieurs et extérieurs disponibles pour des enfants qui vous seraient confiés :

**b) Loi sur l'insolvabilité**

Avez-vous eu recours, au cours des trois (3) dernières années, à une loi visant l'insolvabilité (dépôt volontaire, propositions du consommateur, faillite)?

Oui  Non

BUDGET

**1. REVENUS**

- 1.1 Revenu **mensuel net** du salaire du (de la) postulant(e) 1 1.
- 1.2 Revenu **mensuel net** du salaire du (de la) postulant(e) 2 2.
- 1.3 Montant **mensuel net** provenant de la Sécurité du revenu 3.
- 1.4 Pension alimentaire **mensuelle** 4.
- 1.5 Montant des allocations familiales 5.
- 1.6 Revenus **mensuels nets** de location (loyers) 6.
- 1.7 Autres revenus **mensuels nets** 7.

Précisez :

**TOTAL DES REVENUS MENSUELS :**

**2. DÉPENSES MENSUELLES**

**DÉPENSES COURANTES**

**COÛT MENSUEL :**

- 2.1 Du loyer 1.
- 2.2 De l'hypothèque 2.
- 2.3 Des taxes 3.
- 2.4 Du chauffage 4.
- 2.5 De l'épicerie (coût approximatif) 5.
- 2.6 Des assurances (vie, automobile, maison, etc.) 6.
- 2.7 Des télécommunications (câble, téléphone, internet, etc.) 7.
- 2.8 Pension alimentaire mensuelle 8.
- 2.9 Coûts relatifs aux transports (transport en commun, essence, etc.) 9.

**REMBOURSEMENTS**

Montant actuel dû :

Coût/mois :

- Prêt auto : 10.
- Prêt personnel : 11.
- Carte de crédit : 12.
- Autres, précisez : 13.

**TOTAL DES DÉPENSES MENSUELLES :**

## RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE LOGEMENT

Par rapport au logement que vous occupez, complétez les informations suivantes :

- a)  Milieu urbain       Milieu rural
- b)  Locataire       Propriétaire
- c)  Unifamiliale      Nombre de pièces :
- Duplex       Balcon
- Triplex
- Édifice à logements

Déterminez-vous une police d'assurance sur le logement en question :     Oui     Non

Montant de la protection :      \$    Nom de la compagnie d'assurance :

Possédez-vous une résidence secondaire (chalet, roulotte, etc.)     Oui     Non

Précisez :

### Est-ce que le logement principal comprend :

- a) Une salle de séjour (salon)?       Oui       Non
- b) Une salle de bain complète ?       Oui       Non
- c) Une toilette supplémentaire ?       Oui       Non
- d) Une sortie autre que l'entrée principale ?       Oui       Non
- e) Un foyer ?       Oui       Non    Précisez :
- f) Des margelles?       Oui       Non
- g) Des grillages aux fenêtres du sous-sol?       Oui       Non

### Sécurité des lieux :

- a) Avez-vous un permis de port d'armes?       Oui       Non
- b) Est-ce que vous possédez des armes à feu ?       Oui       Non    reprendre à la question d)
- c) Sont-elles rangées de façon sécuritaire?       Oui       Non
- d) Est-ce que les produits toxiques et dangereux  
sont rangés de façon sécuritaire ?       Oui       Non
- e) Est-ce que vos médicaments sont hors de portée  
des enfants ?       Oui       Non

- a) Avez-vous accès à une cour extérieure ?       Oui       Non
- b) Cette cour est-elle clôturée ?       Oui       Non
- c) Avez-vous une piscine?       Oui       Non    Précisez :
- d) Avez-vous un spa ?       Oui       Non

### Indiquez par rapport au logement principal :

- a) Nombre de détecteurs de fumée :
- b) Nombre de détecteurs de monoxyde de carbone :
- c) Nombre d'extincteurs :
- d) Présence d'animaux, précisez :



## CHAMBRES À COUCHER

Type (individuelle, à partager)	Grandeur	Emplacement (à quel étage)	Fenêtre donnant sur l'extérieur	Liste du mobilier disponible
	pi <sup>2</sup>		pi <sup>2</sup>	
	pi <sup>2</sup>		pi <sup>2</sup>	

### 1.3 Caractéristiques de la communauté

▪ transport en commun	<input type="checkbox"/>	▪ école primaire	<input type="checkbox"/>
▪ parc	<input type="checkbox"/>	▪ école secondaire	<input type="checkbox"/>
▪ piscine	<input type="checkbox"/>	▪ garderie	<input type="checkbox"/>
▪ terrain de jeux	<input type="checkbox"/>	▪ centre de la petite enfance	<input type="checkbox"/>
▪ aréna	<input type="checkbox"/>	▪ centre de loisirs	<input type="checkbox"/>
▪ maison de jeunes	<input type="checkbox"/>	▪ clinique médicale	<input type="checkbox"/>
▪ CLSC	<input type="checkbox"/>	▪ bibliothèque	<input type="checkbox"/>
▪ CH	<input type="checkbox"/>	▪ maison de la famille	<input type="checkbox"/>
		▪ autres ?	<input type="checkbox"/>

A quelle(s) commission(s) scolaire(s) l'enfant ou les enfants aurait (ent) -il(s) accès ?

A quelle(s) école(s) :

Primaire :

Secondaire :

#### 1.4 Présentation du projet souhaité

Pourquoi voulez-vous accueillir un enfant?

Caractéristiques des enfants que vous souhaitez accueillir			
Groupe d'âge	Nombre	Sexe	
		Masculin	Féminin
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous prêts à accueillir des enfants d'origine ethnique différente ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous prêts à accueillir des enfants de religion différente de la vôtre ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous prêts à accueillir des enfants d'une même famille ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous prêts à accueillir des enfants présentant les déficits suivants ?			
Précisez lesquels :			
<input type="checkbox"/> Déficience physique	<input type="checkbox"/> Déficit de l'attention		
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuel	<input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement		
<input type="checkbox"/> Troubles de comportement	<input type="checkbox"/> Hyperactivité		
<input type="checkbox"/> Troubles affectifs			
<input type="checkbox"/> Problème de santé			
Acceptez-vous que l'enfant ait des contacts avec son milieu naturel ?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> à discuter	
Acceptez-vous de vous investir auprès de l'enfant jusqu'à l'atteinte de sa majorité ?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> à discuter	

#### Je déclare :

- Que les renseignements contenus dans cette offre de service sont, au meilleure de ma connaissance, exacts et véridiques.

Si des frais étaient exigés de la part d'un ou des médecins concernant la demande de renseignements médicaux, j'accepte d'en assumer les frais.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

## Je m'engage :

- à contracter et à maintenir une assurance habitation et une assurance civile générale et professionnelle.
- à suivre la formation RCR/Secourisme et maintenir ma certification à jour.
- à fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la Loi sur le bâtiment ainsi que les lois et règlements en matière de sécurité incendie.
- à compléter les démarches relatives aux antécédents judiciaires qui vous seront demandées en cours d'évaluation.
- à participer aux activités de formation offertes par le comité local de formation.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

## J'autorise :

- le Centre jeunesse de Laval à communiquer avec les gens de mon entourage, les garderies ou milieux scolaires de mes enfants ainsi qu'avec mon employeur afin d'obtenir des renseignements pertinents à mon évaluation à titre de ressource de type familial.
- le(s) médecin(s), l'(es) établissement(s) de santé et de services sociaux, mon employeur, la (les) garderie (s) et l'(es) école(s) qui détient(nent) à mon endroit des dossiers et renseignements, à communiquer tous ces renseignements au Centre jeunesse de Laval.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

## J'autorise :

- Le centre jeunesse de Laval à vérifier et à recevoir tout renseignement nécessaire à la vérification de la déclaration sur mes antécédents judiciaires et je comprends que toute fausse déclaration ou tout refus de remplir la déclaration relative aux antécédents judiciaires entraînerait le rejet de ma candidature.

Signature postulant 1 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature postulant 2 : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature de tout autre adulte résidant au domicile : \_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Nom de la personne :

Lien avec le ou les postulants :

Signature : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_