

# DÉCLARATION ET ENGAGEMENT DE LA RI-RTF

## SECTION 1 – IDENTIFICATION

☞ Complétez la section appropriée selon que vous êtes personne physique (A), personne morale (B) ou société de personnes (C).  
Les données précédées d'un astérisque (\*) serviront de critères de recherche pour la vérification de l'historique à titre de RI-RTF.

A   PERSONNE(S) PHYSIQUE(S)	
<b>PERSONNE PHYSIQUE 1</b>	
NOM DE FAMILLE *	<input type="text"/>
PRÉNOM *	<input type="text"/>
SEXE	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

<b>PERSONNE PHYSIQUE 2</b> (le cas échéant)	
NOM DE FAMILLE *	<input type="text"/>
PRÉNOM *	<input type="text"/>
SEXE	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

B   PERSONNE MORALE	
<b>PERSONNE MORALE</b>	
NOM *	<input type="text"/>
DÉNOMINATION SOCIALE *	<input type="text"/>
NEQ *	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
TÉLÉCOPIEUR	<input type="text"/>
ADRESSE SIÈGE SOCIAL	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

<b>PERSONNE MANDATÉE</b> (pour agir au nom de la personne morale)	
NOM DE FAMILLE *	<input type="text"/>
PRÉNOM *	<input type="text"/>
SEXE	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

C   SOCIÉTÉ DE PERSONNES	
<b>SOCIÉTÉ DE PERSONNES</b>	
NOM DE LA SOCIÉTÉ *	<input type="text"/>
NEQ *	<input type="text"/>

<b>PERSONNE MANDATÉE</b> (pour agir au nom de la société de personnes)	
NOM DE FAMILLE *	<input type="text"/>
PRÉNOM *	<input type="text"/>
SEXE	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

TÉLÉPHONE	<input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/>
TÉLÉCOPIEUR	<input type="text"/>	TÉLÉPHONE	<input type="text"/>
ADRESSE SIÈGE SOCIAL	<input type="text"/>	ADRESSE	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**SECTION 2 – HISTORIQUE À TITRE DE RI-RTF OU RESSOURCE AUTRE**

**Avez-vous conclu une entente spécifique ou particulière ou un contrat de services avec un établissement de santé et de services sociaux au Québec autre que celui concerné par la présente?**  Oui  Non

 Si oui, complétez la ou les sections suivantes pour chaque entente spécifique ou particulière ou contrat de services.

ENTENTE OU CONTRAT 1	ENTENTE OU CONTRAT 2 (le cas échéant)
ÉTABLISSEMENT <input type="text"/>	ÉTABLISSEMENT <input type="text"/>
NOM DE LA RESSOURCE OU DES RÉPONDANTS <input type="text"/>	NOM DE LA RESSOURCE OU DES RÉPONDANTS <input type="text"/>
ADRESSE DE LA RESSOURCE <input type="text"/>	ADRESSE DE LA RESSOURCE <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Catégorie de la ressource : <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Type familial	Catégorie de la ressource : <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Type familial
Autre <input type="checkbox"/> précisez : <input type="text"/>	Autre <input type="checkbox"/> précisez : <input type="text"/>
Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur?	Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur?
<input type="checkbox"/> Oui Date de fin prévue <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui Date de fin prévue <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non Date de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non Date de fin <input type="text"/>
Le cas échéant, indiquez le ou les motifs de fin : <input type="text"/>	Le cas échéant, indiquez le ou les motifs de fin : <input type="text"/>
Commentaires : <input type="text"/>	Commentaires : <input type="text"/>

**ENTENTE OU CONTRAT 3**

(le cas échéant)

ÉTABLISSEMENT

NOM DE LA RESSOURCE  
OU DES RÉPONDANTS

ADRESSE DE LA RESSOURCE

Catégorie de la ressource :  Intermédiaire  Type familialAutre  précisez : 

Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur?

 Oui Date de fin prévue  Non Date de fin 

Le cas échéant, indiquez le ou les motifs de fin :

Commentaires :

**ENTENTE OU CONTRAT 4**

(le cas échéant)

ÉTABLISSEMENT

NOM DE LA RESSOURCE  
OU DES RÉPONDANTS

ADRESSE DE LA RESSOURCE

Catégorie de la ressource :  Intermédiaire  Type familialAutre  précisez : 

Cette entente ou ce contrat est-il toujours en vigueur?

 Oui Date de fin prévue  Non Date de fin 

Le cas échéant, indiquez le ou les motifs de fin :

Commentaires :

**SECTION 3 – DÉCLARATION**** JE DÉCLARE :**

- Être majeur.
- Être citoyen canadien ou résident permanent.
- Avoir une place d'affaires au Canada (RI seulement).
- Ne pas avoir d'antécédent judiciaire en lien avec la fonction de ressource.
- Ne pas avoir fait l'objet, avant le 31 mars 2015, d'une suspension ou d'une révocation de reconnaissance à titre de ressource pour motif sérieux.
- Ne pas avoir eu une fin d'entente spécifique ou particulière avec un établissement pour motif sérieux ou pour non-conformité avec un ou des critères généraux déterminés par le ministre.
- Ne pas avoir eu recours à une loi visant l'insolvabilité au cours des trois dernières années en tant que personne physique, dirigeant ou administrateur ou, au cours des cinq dernières années, en tant que personne morale ou société de personnes.
- Que l'entreprise est immatriculée au Registraire des entreprises du Québec (si applicable).

## SECTION 4 – ENGAGEMENT

### JE M'ENGAGE À :

- Contracter et à maintenir une assurance habitation et une assurance responsabilité civile générale et professionnelle.
- Garantir la présence dans le milieu de vie d'au moins une personne possédant une formation à jour d'un organisme reconnu en réanimation cardiovasculaire et en secourisme général.
- Fournir un milieu de vie qui respecte les dispositions prévues à la Loi sur le bâtiment et les lois et règlements en matière de sécurité incendie.
- Remplir le formulaire *Déclaration relative aux antécédents judiciaires*.
- Le cas échéant, faire remplir le formulaire *Déclaration relative aux antécédents judiciaires* par chacune des personnes concernées (l'associé, l'administrateur, toute personne requise pour agir auprès des usagers et toute personne majeure vivant sous le même toit que les usagers confiés par l'établissement).
- Faire remplir par le corps de police ou par un service de vérification privé de mon choix le formulaire *Rapport de vérification des antécédents judiciaires*, pour moi-même et pour toutes les personnes ayant rempli le formulaire de *Déclaration relative aux antécédents judiciaires*.
- Mettre en place et maintenir une procédure qui prévoit la vérification des antécédents judiciaires de l'associé, l'administrateur, toute personne requise pour agir auprès des usagers, toute personne majeure vivant sous le même toit que les usagers confiés par l'établissement.
- Aviser l'établissement lors d'un changement d'une composante de la ressource en lien avec un ou des critères généraux déterminés par le ministre, et ce, dans les meilleurs délais.

## SECTION 5 – AUTORISATIONS

### Autorisation de vérification des déclarations

Par la signature du présent document, j'autorise l'établissement concerné par la collecte d'informations à communiquer avec tout établissement de santé et de services sociaux du Québec afin de vérifier les déclarations qui y sont faites. J'autorise, le cas échéant, tout établissement à communiquer les renseignements nécessaires à cette vérification à l'établissement concerné.

*Les informations précédées d'un astérisque (\*) sont celles qui serviront de critères de recherche pour effectuer cette vérification.*

### Autorisation d'obtention des dossiers, antérieurs ou en cours, d'une ressource intermédiaire ou de type familial ou d'une ressource autre

- **Personne Physique**  
Par la signature du présent document, j'autorise tout établissement identifié à la section 2 à transmettre à l'établissement concerné par la collecte d'information une copie des documents contenus à mon dossier de ressource intermédiaire, de ressource de type familial ou de ressource autre que celui-ci juge nécessaires pour démontrer la qualité des services rendus aux usagers.
- **Personne morale ou société de personnes**  
Par la signature du présent document, à titre de représentant dûment autorisé de la personne morale ou société de personnes, j'autorise tout établissement identifié à la section 2 à transmettre à l'établissement concerné par la collecte d'information une copie des documents contenus au dossier de ressource intermédiaire de cette personne morale ou de cette société de personnes que celui-ci juge nécessaires pour démontrer la qualité des services rendus aux usagers.

## SECTION 6 – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement par l'établissement de toute vérification concernant le maintien de la conformité des critères généraux déterminés par le ministre. Les renseignements personnels sont confidentiels et ne peuvent être divulgués sans consentement de la personne concernée, sauf dans les cas prévus par la loi.

L'utilisation des renseignements personnels ne se fera par l'établissement qu'aux seules fins de la vérification. Les copies de documents, qui seront déposées au dossier de la RI-RTF, seront conservées selon les règles de conservation de la documentation de l'établissement.

L'accès à ces renseignements est réservé aux seules personnes de l'établissement habilitées à les recevoir lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leur fonction.

## SECTION 7 – SIGNATURE DE LA PERSONNE PHYSIQUE AUTORISÉE



### JE CERTIFIE QUE :

- Je comprends la nature et la portée des déclarations et des autorisations contenues dans le présent document.
- Je suis dûment autorisé à signer cette déclaration au nom de la personne morale ou de la société de personnes (si applicable).
- Les renseignements fournis dans le présent document sont complets et exacts.



EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À :

DATE :

*Signature OBLIGATOIRE*

***Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave***