

**DEMANDE EN VUE DE DEVENIR
FAMILLE D'ACCUEIL**



**DÉVELOPPEMENT
SOCIAL**

Partie A :

Nom au complet du ou des demandeur : 1) _____
 2) _____

Adresse postale au complet : _____
 _____ Code postal : _____

Directives pour se rendre à la maison : _____

Numéro(s) de téléphone : _____ Domicile : _____ Travail : _____
 Travail : _____ Autre (cellulaire) : _____ Courriel : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Numéro de téléphone : _____ Relation de personne : _____

Courrier électronique : _____ N° de télécopieur : _____
(s'il y a lieu) *(s'il y a lieu)*

À l'usage du bureau seulement

Contact initial : _____ Date _____ Date d'approbation : _____

Formation préalable à l'accueil : _____
 _____ Date _____

Vérification du casier judiciaire : 1) _____ Date _____ 2) _____ Date _____

Vérification du dossier de DS : 1) _____ Date _____ 2) _____ Date _____

Références :	Positive	Négatif	
1) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste de vérification de la conformité aux normes de milieu physique <input type="checkbox"/> Demandeur avisé de l'approbation par le travailleur social de RRE <input type="checkbox"/> Carte d'identification demandée <input type="checkbox"/> Serment de non-divulgence <input type="checkbox"/> Normes relative aux services des familles d'accueil <input type="checkbox"/> Formulaire agrément d'un centre de placement pour enfants (Reg. 91-170) <input type="checkbox"/> Entente de placement signée
2) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entrevues d'étude de foyer : 1) _____ Date			
2) _____ Date			
3) _____ Date			

Type de foyer : _____ Âge et type d'enfant souhaité : _____

N° d'identification de la ressource : _____

N° d'identification du placement : 1) _____ 2) _____ 3) _____

Partie B:**Renseignements personnels**

Demandeur n° 1	Demandeur n° 2
Nom de famille :	Nom de famille :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Nom antérieur <i>(le cas échéant)</i> :	Nom antérieur <i>(le cas échéant)</i> :
Date de naissance : Lieu de naissance :	Date de naissance : Lieu de naissance :
Citoyenneté :	Citoyenneté :
Langues parlées : 1) _____ 2) _____	Langues parlées : 1) _____ 2) _____

Historique du mariage / de la relation de couple

État civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e)	État civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e)
Date du mariage :	Date du mariage :
Si non marié(e) - durée de la relation actuelle :	Si non marié(e) - durée de la relation actuelle :
Nombre de mariage(s) ou relation de couple : _____	Nombre de mariage(s) ou relation de couple : _____

Formation

Dernière année de scolarité terminée :	Dernière année de scolarité terminée :
Cours/activités de formation ou travail bénévole : _____ _____ _____ _____	Cours/activités de formation ou travail bénévole : _____ _____ _____ _____
Passe-temps, intérêts, activités communautaires : _____ _____ _____ _____	Passe-temps, intérêts, activités communautaires : _____ _____ _____ _____

Expérience de travail

Emploi/métier actuel : <b style="text-align: center;">Demandeur n° 1	Emploi/métier actuel : <b style="text-align: center;">Demandeur n° 2
Employeur :	Employeur :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :
Revenu annuel brut : \$	Revenu annuel brut : \$
Revenus additionnels : \$	Revenus additionnels : \$
1) Employeur antérieur :	1) Employeur antérieur :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :
2) Employeur antérieur :	2) Employeur antérieur :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :

Écrire au verso s'il y a d'autres expériences d'emploi.

Finances

Revenu net de toutes les sources de revenu

Source de revenu (salaire, prestation fiscale pour enfants, placements)	Montant mensuel du revenu net
a)	a) \$
b)	b) \$
c)	c) \$
d)	d) \$

Liste des paiements mensuels

a) hypothèque/loyer :	e) téléphone :	i) assurance auto :
b) épicerie :	f) câble :	j) gaz (auto) :
c) chaleur :	g) habillement :	k) d'autres dépenses :
d) lumières :	h) divertissement :	=

Dettes		Avoirs	
Emprunts :	\$	Biens :	\$
Cartes de crédit :	\$	Voiture : (modèle et année)	\$
Autres :	\$	Assurances-vie :	\$
		Autres (REER, etc.):	\$

Total de dettes :

Total de revenu net :

Partie C :

Contact avec d'autres organismes

1) Est-ce que vous même ou un membre de votre famille immédiate avez déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez déjà eu des démêlés avec la justice?

Oui Non

Expliquer : _____

* L'existence d'un casier judiciaire ne rend pas nécessairement inadmissible comme famille d'accueil.

2) Est-ce que vous-mêmes ou un membre de votre famille immédiate avez déjà reçu des services ou eu des contacts avec Développement social ou Bien-être à l'enfance?

Oui Non

Si oui : Quand _____ Où _____

Expliquer brièvement : _____

3) Est-ce que vous-mêmes ou un membre de votre famille immédiate avez déjà reçu des services psychologiques?

Oui Non

Si oui : Quand _____ Où _____

Expliquer brièvement : _____

Partie D :

Fiche médicale des demandeurs du statut de parent de famille d'accueil

Chacun de vous doit remplir une fiche médicale et la retourner avec votre demande.

Demandeur N° 1 _____
Nom

- | 1) État de santé | Très bon | Bon | Passable | Mauvais |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) État physique général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) État de santé général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) État de santé mental général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Lisez la liste ci-dessous et cochez la case indiquant si vous avez ou non souffert des troubles suivants. Si vous cochez oui, précisez l'âge, le traitement et les résultats.

	Oui	Non	Précisions
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 3) Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique? Oui Non
- 4) Fumez-vous? Oui Non
- 5) Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits? Oui Non
- 6) Avez-vous eu un problème avec les drogues et/ou l'alcool? Oui Non

Expiquer : _____

7) Quel est le nom de votre médecin de famille actuel? _____

8) Si vos enfants ont des problèmes de santé, veuillez expliquer. (Seulement un parent doit remplir cette section.)

Partie D :

Fiche médicale des demandeurs du statut de parent de famille d'accueil

Chacun de vous doit remplir une fiche médicale et la retourner avec votre demande.

Demandeur N° 2 _____
Nom

- | 1) État de santé | Très bon | Bon | Passable | Mauvais |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) État physique général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) État de santé général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) État de santé mental général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Lisez la liste ci-dessous et cochez la case indiquant si vous avez ou non souffert des troubles suivants. Si vous cochez oui, précisez l'âge, le traitement et les résultats.

	Oui	Non	Précisions
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 3) Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique? Oui Non
- 4) Fumez-vous? Oui Non
- 5) Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits? Oui Non
- 6) Avez-vous eu un problème avec les drogues et/ou l'alcool? Oui Non

Expiquer : _____

7) Quel est le nom de votre médecin de famille actuel? _____

8) Si vos enfants ont des problèmes de santé, veuillez expliquer. (Seulement un parent doit remplir cette section.)

Partie E:**L'information sur vos enfants et autres personnes demeurent à chez vous**

Nom complet de chaque enfant	Date de naissance aa mm jj	État de santé	Milieu de vie (Au foyer ou à l'extérieur))	Statut (adopté, naturel, enfant du conjoint, autre lien de parenté)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

Autres personnes vivant actuellement au foyer :

Nom au complet	Date de naissance aa mm jj	Relation (lien de parenté, pensionnaire, autre)
1)		
2)		
3)		

Partie F:**Précisions sur les antécédents familiaux**

Demandeur n° 1	Demandeur n° 2
Nom de votre père :	Nom de votre père :
Adresse : _____ _____ Code postal : _____	Adresse : _____ _____ Code postal : _____
État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____	État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____
Emploi :	Emploi :
Nom de votre mère :	Nom de votre mère :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Adresse : _____ _____ Code postal : _____	Adresse : _____ _____ Code postal : _____
État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____	État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____
Emploi :	Emploi :

Partie G :

Votre foyer

Décrivez votre foyer (dimensions, espace disponible pour les enfants en famille d'accueil, aire de jeu, autres)

Êtes-vous : propriétaire locataire

Avez-vous des animaux domestiques : Oui Non Si oui, quelle sorte et combien? _____

Partie H :

Raison pour demande en vue de devenir famille d'accueil

Avez-vous déjà fait une demande : de famille d'accueil d'adoption

Si oui, où et quand : _____

Indiquez brièvement les raisons pour lesquelles vous faites une demande comme famille d'accueil.

Veuillez cocher le ou les éléments qui vous intéressent.

enfants (0-2 ans) enfants de plus de 12 ans groupe frères et soeurs

enfants sous 12 ans jeunes (16-19 ans) relève

enfants avec besoins spéciaux (handicap mental ou physique) Jeunes contrevenants pas préférence

Nous préférons :

mâles femmes pas préférence

religion : _____ pas préférence

race : _____ pas préférence

Comment avez-vous pris connaissance du besoin de familles d'accueil?

Partie I :

Références :

Veillez donner le nom au complet, l'adresse postale, le code postal et les numéros de téléphone de trois personnes provenant de l'extérieur de votre famille qui vous connaissent bien. (Suffisamment pour répondre à des questions au sujet de votre famille.)

1) Nom _____ Téléphone (Domicile) : _____
_____ (Travail) _____

Adress postale complète/code postal _____

2) Nom _____ Téléphone (Domicile) : _____
_____ (Travail) _____

Adress postale complète/code postal _____

3) Nom _____ Téléphone (Domicile) : _____
_____ (Travail) _____

Adress postale complète/code postal _____

Partie J :

J'atteste que les renseignements fournis dans cette demande sont vrais et exacts au mieux de ma/notre connaissance.

Par ma signature, j'autorise par la présente le Ministère du Développement social à vérifier auprès du système d'information aux services à la clientèle tout renseignement pertinent à cette demande ou auprès de tout autre organisme ou service gouvernemental que l'on pourrait juger nécessaire de contacter pour évaluer cette demande.

Je permets au ministère du Développement social de contacter les répondants désignés comme références dans cette demande.

Signature du demandeur n° 1

Date

Signature du demandeur n° 2

Date

Une fois remplie, veuillez envoyer cette formule à :

**Ressources résidentielles pour enfants
Ministère du Développement social.**

