



**FEUILLET D'INFORMATION  
À L'ATTENTION DES PERSONNES  
DÉSIREUSES D'APPORTER  
DE L'AIDE À DOMICILE  
(à conserver par le ou la candidate)**

**Service de références de préposé(e)s en soutien à domicile  
(Modifié octobre 2018)**

**Rôle et mandats du service de référence :**

Un service offert aux personnes handicapées physiques recevant l'aide financière, entre autre du CIUSSS par le biais du programme Allocation directe – Chèque emploi-services. Cette aide financière permet, à la personne handicapée physique, d'embaucher son personnel selon ses besoins et aux heures qu'elle désire.

**NOTRE ORGANISME N'EST PAS L'EMPLOYEUR, IL AGIT COMME INTERMÉDIAIRE ET MET EN CONTACT LA PERSONNE HANDICAPÉE PHYSIQUE (L'EMPLOYEUR) ET LE PRÉPOSÉ POTENTIEL.**

- ▶ Permettre aux personnes handicapées physique d'obtenir le nom d'un(e) préposé(e) en soutien à domicile susceptible de répondre à leurs besoins ;
- ▶ Aider la personne handicapée (employeur) dans la gestion de ses services ;
- ▶ Supporter les préposé(e)s en soutien à domicile dans leurs fonctions ;
- ▶ Faire le suivi de la demande de service pour s'assurer que tout se passe bien entre les deux personnes jumelées ;
- ▶ Offrir de la formation aux préposé(e)s en soutien à domicile et aux personnes handicapées physiques.

**Nos membres :**

- ▶ Personnes handicapées physiques de tout âge vivant à domicile.

**Leurs besoins :**

Aide à la personne	Aide à la vie domestique	Autres aides
aide au bain	entretien ménager routinier	emplettes
aide pour manger	préparation des repas	soutien civique
aide à la toilette	servir à manger	gardiennage/répit
aide au lever/coucher	préparation de repas à l'avance	accompagnement en classe
aide à l'habillement		désencombrement
transfert manuel et au levier		
installation d'orthèse/prothèse		
actes médicaux délégués		
curage rectale		
mobilisation passive		

## Conditions de travail:

- ▶ Condition salariale :
  - Programme d'allocation directe du CIUSSSE (CLSC)= 14,25\$/heure.
  - Lorsque l'employeur assume les frais, l'employé doit négocier avec celui-ci le salaire qu'il désire recevoir pour ses services.
- ▶ Selon l'horaire de service établi par la personne handicapée physique, vous pourriez être amené à travailler à des heures coupées (Ex. : le matin et le soir). Pour de courtes demandes de services, nous nous efforçons de référer les préposé(e)s en soutien à domicile près de leur lieu de résidence;
- ▶ Considérant que nous répondons aux besoins des personnes handicapées physiques vivant à Sherbrooke, vous pourriez être appelé à couvrir ce territoire;
- ▶ Durée de service :
  - minimum 1h
  - maximum 8h/jour;
- ▶ Vous travaillerez pour plusieurs employeurs;
- ▶ Le frais de déplacement sont à négocier avec chaque employeur;
- ▶ L'utilisation de votre auto pour les emplettes de l'employeur est laissée à votre discrétion. Nous vous suggérons de demander un remboursement des frais de déplacement;
- ▶ Aucun minimum d'heures de travail n'est garantie par l'organisme;
- ▶ Les employés sont référés selon leur disponibilité, leur préférence de travail et les exigences de l'employeur;

## Processus d'inscription :

- ▶ Présélection à partir des informations inscrites sur la demande d'emploi ;
- ▶ Entrevue avec le ou la candidat(e) dont la demande d'emploi a été sélectionnée ;
- ▶ Vérification des références ;
- ▶ Vérification des antécédents judiciaires : le ou la candidat(e) doit se la procurer au palais de justice de Sherbrooke. Ce service est offert gratuitement au palais de justice;
- ▶ **VOUS DEVEZ AVOIR SUIVI LA FORMATION OBLIGATOIRE :**

- **LA SESSION D'INTÉGRATION**

**Si vous n'offrez des services à la vie quotidienne (bain, transfert, aide au lever etc.) la formation PDSB est obligatoire.**

**AU TERME DE CETTE LECTURE, VEUILLEZ REMPLIR LA DEMANDE D'EMPLOI ET Y INCLURE S'IL Y A LIEU UN CV. SI VOTRE CANDIDATURE EST RETENUE, NOUS COMMUNIQUERONS AVEC VOUS POUR FIXER LA DATE DE L'ENTREVUE.**

N.B. : Notre organisme n'a aucun pouvoir d'obliger :

- l'employeur à vous engager
- l'employé(e) à accepter une offre d'emploi

**Handi Apte**  
**Service de référence de préposé(e)s en soutien à domicile**  
**928, rue du Fédéral, Sherbrooke, QC, J1H 5A7.**

**DEMANDE D'EMPLOI**  
**Service de référence de préposé(e)s en soutien à domicile**  
**Renseignements généraux**

Date de réception :

Comment avez-vous connu l'organisme			
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Ville :		Code Postal :	
Téléphone / Rés :		/ autre :	
Courriel :			
Date de naissance :			
	Jour	Mois	Année

Langue(s) parlée(s) :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre	
Avez-vous un permis de conduire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Moyen de transport	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Autobus	<input type="checkbox"/> Autre	
Êtes-vous prêt (e) à offrir des services aux :	<input type="checkbox"/> Hommes	<input type="checkbox"/> Femmes	<input type="checkbox"/> Enfants	
Êtes-vous	<input type="checkbox"/> Fumeur	<input type="checkbox"/> Non-fumeur		

**ÉTAT DE SANTÉ**

<b>Physique :</b>		
<input type="checkbox"/> Maladie(s) Chronique(s)	<input type="checkbox"/> Allergie(s)	<input type="checkbox"/> Autres (maux de dos, etc)
<b>Psychologique :</b>		
<input type="checkbox"/> Maladie(s) diagnostiquée(s)	État actuel :	

## FORMATION ACADÉMIQUE

Dernière année scolaire complétée :			
Nom de l'établissement :			
Diplôme obtenu :			
<b>Avez-vous suivi une formation en PDSB (Principes de déplacements sécuritaires du bénéficiaire)?</b>			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non:	
En quelle année :			
Êtes-vous intéressé à suivre cette formation?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui, vous devez payer à l'avance le montant nécessaire pour votre inscription au cours pour réserver votre place au centre de formation. Le chèque devra être fait au nom du Centre de formation 24 Juin au montant approximatif de 200\$. Ce montant est totalement remboursé si vous travaillez pour une personne inscrite au Chèque emploi-service.</p>			

## FORMATION(S) SUPPLÉMENTAIRE(S) (s'il y a lieu)

Inscrivez la ou les formations que vous avez suivies ainsi que la date où vous l'avez reçu. (Ex. : premiers soins, relations humaines, etc.)

## QUELS SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE ÊTES-VOUS PRÊT(E) À OFFRIR?

Aide à la personne	Aide à la vie domestique	Autres aides
<input type="checkbox"/> aide au bain	<input type="checkbox"/> entretien ménager routinier	<input type="checkbox"/> emplettes
<input type="checkbox"/> aide pour manger	<input type="checkbox"/> préparation de repas	<input type="checkbox"/> soutien civique
<input type="checkbox"/> aide à la toilette	<input type="checkbox"/> servir à manger	<input type="checkbox"/> gardiennage/répît
<input type="checkbox"/> aide au lever/coucher	<input type="checkbox"/> préparation de repas à l'avance	<input type="checkbox"/> accompagnement en classe
<input type="checkbox"/> aide à l'habillement		
<input type="checkbox"/> transfert manuel ou au levier		
<input type="checkbox"/> installation d'orthèse/prthèse		
<input type="checkbox"/> actes médicaux délégués		
<input type="checkbox"/> curage rectale		
<input type="checkbox"/> mobilisation passive		

## ÊTES-VOUS DISPONIBLE À OFFRIR VOS SERVICE POUR :

<input type="checkbox"/> demande régulières	<input type="checkbox"/> sur appel (dépannages)
<input type="checkbox"/> occasionnelles (remplacement, congé de maladie, vacances)	
<b>Nombre d'heures disponible :</b>	/ semaine
<b>Nombre d'heures minimum :</b>	/ jour

## QUELLES SONT VOS DISPONIBILITÉS?

Je suis disponible à partir du : 

--	--	--

  
jour      mois      année

	Hrs	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Déjeuner</b>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AM</b>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diner</b>	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PM</b>	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Souper</b>	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soirée</b>	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Travaillez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'employeur		
Recevez-vous des prestations?	<input type="checkbox"/> d'assurance emploi	
	<input type="checkbox"/> d'aide sociale	
	<input type="checkbox"/> de retraite	
	<input type="checkbox"/> autre (CSST, SAAQ, etc.)	

<b>EXPÉRIENCE(S) DE TRAVAIL PERTINENTE(S) À L'EMPLOI</b>							
<b>(en commençant par la plus récente)</b>							
Employeur :							
Nom du supérieur immédiat :							
No de téléphone :				Courriel :			
Durée :				À			
	jour	mois	année		jour	mois	année
Fonction(s) :							
Raison du départ :							
Employeur :							
Nom du supérieur immédiat :							
No de téléphone :				Courriel :			
Durée :				À			
	jour	mois	année		jour	mois	année
Fonction(s) :							
Raison du départ :							

<b>EXPÉRIENCE(S) DE BÉNÉVOLAT</b>							
<b>pertinente(s) à l'emploi</b>							
Organisme :							
Nom de la personne responsable :							
Adresse :							
No de téléphone :							
Durée :				À			
	jour	mois	année		jour	mois	année
Fonction(s) :							
Organisme :							
Nom de la personne responsable :							
Adresse :							
No de téléphone :							
Durée :				À			
	jour	mois	année		jour	mois	année
Fonction(s) :							

Expliquez vos motivations à travailler auprès des personnes handicapées physique et/ou des familles vivant avec une personne handicapée

Commentaires



**OBJET :**  
**AUTORISATION DE VÉRIFIER LES RÉFÉRENCES**

<b>J'autorise l'organisme à contacter les personnes inscrites ci-dessous pour obtenir des références</b>			
Organisme ou employeur :			
Personne à contacter :			
No de téléphone :		Courriel :	
Organisme ou employeur :			
Personne à contacter :			
No de téléphone :		Courriel :	
Organisme ou employeur :			
Personne à contacter :			
No de téléphone :		Courriel :	

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date