



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

**Service de références de préposé(e)s en soutien à domicile
(Modifié en mai 2022)**

Rôle et mandats du service de références

Un service offert aux personnes handicapées physiques recevant l'aide financière, entre autres du CIUSSS de l'Estrie-CHUS par le biais du programme Allocation directe – Chèque emploi-service. 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 OU LA PRÉPOSÉ(E) POTENTIEL(LE).

- ▶ Permettre aux personnes handicapées physiques d'obtenir le nom d'un(e) préposé(e) en soutien à domicile susceptible de répondre à leurs besoins;
- ▶ Aider la personne handicapée physique (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 rectal		
mobilisation passive		

Conditions de travail

- ▶ Condition salariale :
 - Programme d'allocation directe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (CLSC) = 19,02 \$/heure.
 - Lorsque l'employeur assume les frais, l'employé(e) 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(e) à travailler à des heures coupées (ex. : le matin et le soir). Pour de courtes demandes de service, 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(e) à couvrir ce territoire;
- ▶ Durée de service :
 - minimum 1 h
 - maximum 8 h/jour ;
- ▶ Vous travaillerez pour plusieurs employeurs;
- ▶ Les 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 garanti par l'organisme;
- ▶ Les employé(e)s sont référé(e)s 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 gratuitement au palais de justice de Sherbrooke.

- ▶ **Vous devez avoir suivi obligatoirement la session d'intégration.**
- ▶ **Si vous offrez des services d'aide à la vie quotidienne (bain, transfert, aide au lever, etc.), la formation Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (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(é) à accepter une offre d'emploi.

Handi Apte
Service de références de préposé(e)s en soutien à domicile
977, rue Galt Ouest, bureau 202, Sherbrooke, QC, J1H 1Z6.

DEMANDE D'EMPLOI

Service de références de préposé(e)s en soutien à domicile

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date :

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 adéquatement vacciné(e)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

ÉTAT DE SANTÉ

Physique :		
<input type="checkbox"/> Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Autres (maux de dos, etc.)
Psychologique :		
<input type="checkbox"/> Maladies diagnostiquées	État actuel :	

FORMATION ACADÉMIQUE

Dernière année scolaire complétée :		
Nom de l'établissement :		
Diplôme obtenu :		
Avez-vous suivi une formation en PDSB (Principes de déplacements sécuritaires du bénéficiaire)?		
<input type="checkbox"/> Oui	En quelle année? _____	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous intéressé(e) à suivre cette formation?	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
<p><i>* Nous vous informerons des procédures en cours.</i></p> <p><i>Vous pourriez avoir droit à un remboursement de la formation sous certaines conditions.</i></p>		
Formation(s) supplémentaire(s) (ex : RCR)		
Inscrivez la ou les formations que vous avez suivies ainsi que la date où vous l'avez reçue :		

EXPÉRIENCE(S) DE TRAVAIL ET/OU DE BÉNÉVOLAT PERTINENTE(S) À L'EMPLOI

Employeur/Organisme :							
Nom du supérieur immédiat/ personne responsable :							
Téléphone :				<input type="checkbox"/> Bénévolat	<input type="checkbox"/> Emploi		
Durée :				À			
Fonction(s) :							
Raison du départ :							
Employeur/Organisme :							
Nom du supérieur immédiat/ personne responsable :							
Téléphone :				<input type="checkbox"/> Bénévolat	<input type="checkbox"/> Emploi		
Durée :				À			
Fonction(s) :							
Raison du départ :							

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

<u>Activités de la vie quotidienne (AVQ)</u>		<u>Soutien civique PALV (60 ans et plus)</u>
<input type="checkbox"/> Aide pour manger	<input type="checkbox"/> Exercices thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Aide à la correspondance
<input type="checkbox"/> Gavage/irrigation	<input type="checkbox"/> Friction et installation	<input type="checkbox"/> Emplettes
<input type="checkbox"/> Préparer et servir le repas	<input type="checkbox"/> Installation d'orthèse et de prothèse	<input type="checkbox"/> Gestion d'agenda
<input type="checkbox"/> Préparation de repas à l'avance	<input type="checkbox"/> Transfert au levier	<input type="checkbox"/> Institution financière
<input type="checkbox"/> Acte délégué	<input type="checkbox"/> Transfert manuel	<input type="checkbox"/> Paiement de facture
<input type="checkbox"/> Aide au toilette	<u>Activités de la vie domestique (AVQ)</u>	<input type="checkbox"/> Réservation du transport
<input type="checkbox"/> Hygiène complète (bain/douche)	<input type="checkbox"/> Désencombrement	<input type="checkbox"/> PALV – Soutien civique
<input type="checkbox"/> Cathétérisme	<input type="checkbox"/> Empaquetage et dépaquetage de boîtes	<u>Autres</u>
<input type="checkbox"/> Changement de protection	<input type="checkbox"/> Entretien du fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Accompagnement-transport
<input type="checkbox"/> Curage rectal	<input type="checkbox"/> Entretien ménager routinier	<input type="checkbox"/> Aide aux courses
<input type="checkbox"/> Habillement	<input type="checkbox"/> Grand ménage	
<input type="checkbox"/> Laver les cheveux	<input type="checkbox"/> Lessive	
<input type="checkbox"/> Médication	<input type="checkbox"/> Rangement	
<input type="checkbox"/> Vidange / nettoyage / changement de sac urinaire		
<input type="checkbox"/> Toilette partielle (dents/dentiers, visage, mains, aisselles, zones génitale et anale, rasage)		
<input type="checkbox"/> Aide au coucher et lever		

DISPONIBILITÉS

Travaillez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'employeur		
Recevez-vous des prestations?	<input type="checkbox"/> Assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Aide sociale
	<input type="checkbox"/> Retraite	<input type="checkbox"/> Autres (CSST, SAAQ, etc.)

Disponible à partir du : _____
J'aimerais _____ heures <u>par semaine</u>
Minimum _____ heures <u>par jour</u>
Demandes régulières : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sur appel ou remplacements : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Journées	De	À
Dimanche		
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		

QUELS SECTEURS POUVEZ-VOUS DESSERVIR?

Ascot	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bromptonville	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Carrefour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
CÉGEP	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Centre-ville	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est de Sherbrooke	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fleurimont	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lennoxville	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Mont Bellevue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ouest de Sherbrooke	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Parc Jacques Cartier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Quatre-Saisons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rock Forest	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
St-Élie d'Orford	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Université	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

MOTIVATION

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

AUTORISATION DE VÉRIFIER LES RÉFÉRENCES

J'autorise l'organisme à contacter les personnes inscrites ci-dessous pour obtenir des références

Organisme ou employeur :	
Personne à contacter :	
Téléphone :	
Courriel :	

Organisme ou employeur :	
Personne à contacter :	
Téléphone :	
Courriel :	

Organisme ou employeur :	
Personne à contacter :	
Téléphone :	
Courriel :	

Signature

Date