



**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) = 21,58 \$/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 :	
Ville et secteur :		Code Postal :	
Téléphone / Rés :		Autre :	
Courriel :			
Date de naissance :	Jour :	Mois :	Année :

Langue(s) parlée(s) :	☐ Français	☐ Anglais	
	☐ Autre :		
Avez-vous un permis de conduire?	☐ Oui	☐ Non	
Moyen de transport :	☐ Auto	☐ Autobus	
	☐ Autre		
Êtes-vous prêt(e) à offrir des services aux :	☐ Hommes	☐ Femmes	☐ Enfants

ÉTAT DE SANTÉ

Physique :		
☐ Maladies chroniques	☐ Allergies	☐ Autres (maux de dos, etc.)
Psychologique :		
☐ Maladies diagnostiquées	État actuel :	

FORMATION ACADÉMIQUE

Avez-vous fait une formation ou des études en lien avec cette demande d'emploi ?		
☐ Oui Précisez : _____ _____	☐ Non	
Avez-vous suivi une formation en PDSB (Principes de déplacements sécuritaires du bénéficiaire)?		
☐ Oui En quelle année? _____	☐ Non	
Êtes-vous intéressé(e) à suivre cette formation?	☐ Oui*	☐ Non
<i>* Nous vous informerons des procédures en cours. Vous pourriez avoir droit à un remboursement de la formation sous certaines conditions.</i>		
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 :					☐ Bénévolat ☐ Emploi		
Durée :				À			
Fonction(s) :							
Raison du départ :							
Employeur/Organisme :					☐ Bénévolat ☐ 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</u>
☐ Aide pour manger	☐ Exercices thérapeutiques	☐ Aide à la correspondance
☐ Gavage/irrigation	☐ Friction et installation	☐ Emplettes
☐ Préparer et servir le repas	☐ Installation d'orthèse et de prothèse	☐ Gestion d'agenda
☐ Préparation de repas à l'avance	☐ Transfert au levier	☐ Institution financière
☐ Acte délégué	☐ Transfert manuel	☐ Paiement de facture
☐ Aide au toilette	<u>Activités de la vie domestique (AVD)</u>	☐ Réservation du transport
☐ Hygiène complète (bain/douche)	☐ Désencombrement	<u>Autres</u>
☐ Cathétérisme	☐ Empaquetage et dépaquetage de boîtes	
☐ Changement de protection	☐ Entretien du fauteuil roulant	☐ Accompagnement-transport
☐ Curage rectal	☐ Entretien ménager routinier	
☐ Habillement	☐ Grand ménage	
☐ Laver les cheveux	☐ Lessive	
☐ Médication	☐ Rangement	
☐ Vidange / nettoyage / changement de sac urinaire		
☐ Toilette partielle (dents/dentiers, visage, mains, aisselles, zones génitale et anale, rasage)		
☐ Aide au coucher et lever		

DISPONIBILITÉS

Travaillez-vous actuellement?	☐ Oui	☐ Non
Nom de l'employeur		
Recevez-vous des prestations?	☐ Assurance-emploi	☐ Aide sociale
	☐ Retraite	☐ Autres (CSST, SAAQ, etc.)

Disponible à partir du :	
J'aimerais	heures <u>par semaine</u>
Minimum	heures <u>par jour</u>
Demandes régulières :	☐ Oui ☐ Non
Sur appel ou remplacements :	☐ Oui ☐ Non

Journées	De	À
Dimanche		
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		

QUELS SECTEURS POUVEZ-VOUS COUVRIR ?

Ascot	☐ Oui	☐ Non
Bromptonville	☐ Oui	☐ Non
Carrefour	☐ Oui	☐ Non
CÉGEP	☐ Oui	☐ Non
Centre-ville	☐ Oui	☐ Non
Est de Sherbrooke	☐ Oui	☐ Non
Fleurimont	☐ Oui	☐ Non
Lennoxville	☐ Oui	☐ Non

Mont Bellevue	☐ Oui	☐ Non
Ouest de Sherbrooke	☐ Oui	☐ Non
Parc Jacques Cartier	☐ Oui	☐ Non
Quatre-Saisons	☐ Oui	☐ Non
Rock Forest	☐ Oui	☐ Non
St-Élie d'Orford	☐ Oui	☐ Non
Université	☐ Oui	☐ 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

Je, _____ soussigné(e), autorise l'équipe de travail de Handi Apte à contacter les personnes inscrites ci-dessous afin d'obtenir des références. Cette autorisation est effective jusqu'à ce qu'une décision soit prise concernant ma candidature.

Je comprends que je peux accéder à ces renseignements, les rectifier et révoquer cette autorisation à tout moment en contactant Roxanne Côté, responsable de l'application de la loi 25, au 819 562-8877 (poste 5) ou à direction@handiapte.com.

Organisme employeur :	ou		Fonction, rôle
Personne à contacter :			
Téléphone :			
Courriel :			

Autre organisation : École		
Personne à contacter :		
Téléphone :		
Courriel :		

Autre source : entraîneur,		
Personne à contacter :		
Téléphone :		
Courriel :		

Signature

Date

CONSENTEMENT À CONSIGNER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, _____ soussigné(e), autorise l'équipe de travail de Handi Apte à numériser ce document, qui sera accessible exclusivement aux membres de la permanence de l'organisme, afin d'évaluer ma candidature et de réaliser des jumelages avec les membres qui pourraient bénéficier de mes services.

Cette autorisation est effective pour le temps que je serai dans leur banque de préposé(e)s en soutien à domicile.

Je comprends que je peux accéder à ces renseignements, les rectifier et révoquer cette autorisation à tout moment en contactant Roxanne Côté, responsable de l'application de la loi 25, au 819 562-8877 (poste 5) ou à direction@handiapte.com.

Signature

Date