

**À TITRE INFORMATIF SEULEMENT**  
DÉTACHER ET GARDER AUX FINS DE CONSULTATION

## **Subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels pour les aides en soins de santé**

*En réponse à la proposition d'augmenter le nombre d'heures de soins directs aux résidents des foyers de soins personnels, une subvention a été créée pour aider à répondre aux besoins en main-d'œuvre, afin de recruter des aides en soins de santé certifiés et non certifiés pour travailler dans les foyers de soins personnels dans le cadre d'une promesse de service. Il s'agit d'une subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels.*

### **FAQ**

#### **Qui peut demander la subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels et quelles sont les exigences?**

- Les aides en soins de santé doivent être nouvellement embauchés dans les six mois suivant la demande et ne doivent pas avoir été employés par un foyer de soins personnels dans les six mois précédant la demande de subvention.
  - Occuper un emploi confirmé en tant que fournisseur de soins directs auprès d'un employeur approuvé, dans le cadre d'un poste permanent à équivalent temps plein (ETP) de 0,4 ou plus.
  - Le montant de la subvention est de 4 000 \$.
- Les aides en soins de santé non certifiés doivent s'être inscrits à un programme de transition approuvé et avoir obtenu un poste permanent d'« aide en soins de santé stagiaire » à ETP de 0,4 ou plus dans l'année qui suit leur embauche :
  - Un montant de 2 000 \$ sera versé après confirmation de l'inscription à un programme de transition approuvé.
  - Un montant de 2 000 \$ sera versé après confirmation de la réussite du programme de transition.
- *Les postes occasionnels et ceux dotés pour une période déterminée ne sont pas admissibles à la subvention.*
- Les employeurs approuvés sont des foyers de soins personnels autorisés par le gouvernement du Manitoba. *Les organismes privés à but lucratif ne sont pas admissibles.*
- Le demandeur doit accepter et respecter les conditions d'une promesse de service d'un an.

#### **Qui peut signer l'attestation et le consentement de l'employeur (Section E)?**

- Ressources humaines
- Gestionnaire ou superviseur des soins infirmiers

#### **Quelle est la durée du processus de traitement des demandes?**

- Le processus de traitement des demandes dure de deux à quatre semaines.

#### **Comment les demandes doivent-elles parvenir à votre bureau?**

- Les demandes sont envoyées par courriel au Réseau des fournisseurs de soins de santé du Manitoba. Voir la demande.

#### **Puis-je présenter deux demandes de subvention si je suis employé à deux postes différents?**

- Non, vous ne pouvez présenter une demande que pour une seule subvention. Veuillez remplir une section C distincte pour chaque lieu d'emploi. Vos employeurs devront chacun remplir séparément une section E.

#### **Qu'arrive-t-il si je déménage pendant la durée de ma promesse de service (convention de service)?**

- Si vos coordonnées changent, veuillez envoyer un courriel à [NRRF@sharedhealthmb.ca](mailto:NRRF@sharedhealthmb.ca).

#### **Qu'arrive-t-il si ma situation d'emploi actuelle ne me satisfait pas et que je veux changer d'employeur ou avoir un nouveau poste dans le même établissement/région?**

- *Les demandeurs qui changent d'employeur avant la fin de la durée de service d'un an tout en demeurant admissibles à la subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels **doivent envoyer une promesse de service révisée signée par leur nouvel employeur.** Ils doivent terminer la durée de leur promesse de service auprès de leur nouvel employeur.*

#### **LISTE DE VÉRIFICATION ✓**

\*Assurez-vous d'inclure des copies de tous les documents requis dans votre demande. **Les demandes incomplètes ne seront pas examinées, ce qui aura pour effet de retarder leur traitement.**

- Section A
- Section B
- Section C
- Section D
- Section E
- Copie de la ou les lettres d'emploi officielles
- Pour les aides en soins de santé non certifiés – copie de la confirmation d'inscription au programme de transition
- Pour les aides en soins de santé non certifiés – copie de la lettre de soutien (doit être signée par le foyer de soins personnels et par Soins communs)

Veillez soumettre toute demande ou question

**À L'ATTENTION DE : FACILITATEUR OU FACILITATRICE, RÉSEAU DES FOURNISSEURS DE SOINS  
DE SANTÉ DU MANITOBA  
155, RUE CARLTON, BUREAU 1502  
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3H8  
NRRF@sharedhealthmb.ca**

**SECTION A**

Nom :		Prénom :	
Adresse postale au Manitoba : Adresse (n° d'appartement s'il y a lieu)		Second prénom (s'il y a lieu) :	
Case postale (s'il y a lieu) :		Courriel :	
Ville/localité :		Code postal :	
– Numéros de téléphone –			
Domicile :		Travail :	Cellulaire :

**Cochez ✓ si l'adresse permanente est la même que l'adresse postale. Sinon, remplissez les espaces ombrés ci-dessous :**

Adresse (n° d'appartement s'il y a lieu)	Case postale (s'il y a lieu) :
Ville/localité :	Code postal :

**SECTION B**

**Catégorie :** (Cochez ✓ la case qui s'applique.)

- Aide en soins de santé certifié  
 Aide en soins de santé non certifié

Où avez-vous entendu parler de la subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels pour les aides en soins de santé?  
(Cochez ✓ la case appropriée en donnant des précisions s'il y a lieu)

<input type="checkbox"/> Salon de l'emploi :	<input type="checkbox"/> Employeur :	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Internet :	<input type="checkbox"/> Publicité ou publication :	
Aide en soins de santé non certifié		
Quel établissement d'enseignement fréquentez-vous?		
À quelle date prévoyez-vous obtenir votre diplôme?		
	jj	mm
		aa

**Formule de demande de SUBVENTION D'INCITATION AU TRAVAIL EN FOYER DE SOINS PERSONNELS  
POUR LES AIDES EN SOINS DE SANTÉ**

**SECTION C – EMPLOI AU MANITOBA**

<b>EMPLOYEUR</b>		
Nom du foyer de soins personnels :	N° de téléphone :	(facultatif) Courriel de l'employeur :
Nom de l'Office régional de la santé :	Adresse de l'employeur : Case postale (s'il y a lieu) – Adresse, ville	

**SECTION D – ATTESTATION ET CONSENTEMENT DE LA PERSONNE EMPLOYÉE**

J'ATTESTE QUE :

- les renseignements que j'ai fournis sur cette formule sont complets et véridiques et je comprends que tout manquement à cet égard risque de me rendre inadmissible à obtenir de l'aide dans l'avenir;
- je comprends que si je change de poste ou d'employeur pendant la durée de ma promesse de service, je dois remplir une promesse de service révisée, puis terminer le temps qu'il me reste en vertu ma promesse de service.

1. J'ai lu et compris la **Politique de subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels pour les aides en soins de santé**.  
Apposez vos initiales ici :

2. J'exerce ma profession d'aide en soins de santé certifié/non certifié au Manitoba de façon continue depuis le  
(DATE) \_\_\_\_\_

et je compte continuer de l'exercer dans un foyer de soins personnels autorisé au Manitoba à compter de cette date dans le cadre d'un poste à ETP de 0,4 ou plus.

*Si je n'exerce pas ma profession d'aide en soins de santé dans un foyer de soins personnels autorisé au Manitoba pendant une année complète dans le cadre d'un poste à ETP de 0,4 ou plus :*

1. je consens à indiquer par écrit aux responsables du Réseau des fournisseurs de soins de santé du Manitoba quel jour je quitterai mon emploi à la suite de ma démission ou de ma cessation d'emploi;
2. je consens à rembourser toute mon aide financière (calculée au prorata).

**JE COMPRENDS QUE JE DOIS OCCUPER UN EMPLOI CONTINU PENDANT UNE PÉRIODE D'UN AN. LE RÉSEAU PEUT CHOISIR DE PROLONGER LA DURÉE DU RETOUR DE SERVICE POUR M'ACCORDER DES CONGÉS TEMPORAIRES EN CAS DE GROSSESSE OU DE MALADIE. LES RESPONSABLES DU RÉSEAU DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ DU MANITOBA EXAMINERONT CHAQUE DEMANDE INDIVIDUELLEMENT, ET LEUR DÉCISION EST DÉFINITIVE. SI MES COORDONNÉES OU LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MON EMPLOI CHANGENT, LES RESPONSABLES DU RÉSEAU EN SERONT AVISÉS AUSSITÔT.**

\_\_\_\_\_  
DATE

**X**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE

**Formule de demande de SUBVENTION D'INCITATION AU TRAVAIL EN FOYER DE SOINS PERSONNELS  
POUR LES AIDES EN SOINS DE SANTÉ**

**SECTION E – ATTESTATION ET CONSENTEMENT DE L'EMPLOYEUR**

NOUS ATTESTONS QUE :

1. (NOM DE LA PERSONNE EMPLOYÉE) \_\_\_\_\_ occupe un poste de \_\_\_\_\_ depuis le (DATE) \_\_\_\_\_ à ETP de \_\_\_\_\_ au sein de notre organisme.
2. Nous prévoyons employer cette personne dans le cadre d'un poste permanent à ETP de 0,4 ou plus.
3. Cette personne a été recrutée \_\_\_\_\_

(P. EX., ÉTABLISSEMENT, EMPLOYEUR,  
SALON DE L'EMPLOI)

**NOUS NOUS ENGAGEONS, AU CAS OÙ CETTE PERSONNE QUITTAIT SON EMPLOI AVANT D'AVOIR TERMINÉ UNE ANNÉE D'EMPLOI COMPLÈTE DANS LE CADRE D'UN POSTE À ETP DE 0,4 OU PLUS, À AVISER PAR ÉCRIT\*\* LES RESPONSABLES DU RÉSEAU DÈS QUE LA DATE DE CESSATION D'EMPLOI DE LA PERSONNE SERA FIXÉE.**

SIGNATURE DE  
L'EMPLOYEUR ET  
NOM EN LETTRES  
MOULÉES :

**X**

\_\_\_\_\_

POSTE  
OCCUPÉ PAR  
L'EMPLOYEUR :

\_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT :

\_\_\_\_\_

ORS :

\_\_\_\_\_

DATE

\_\_\_\_\_

ADRESSE DE  
L'EMPLOYEUR  
:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° DE  
TÉLÉPHONE :

\_\_\_\_\_

COURRIEL :

\_\_\_\_\_

**\*\*Note à l'employeur :** Si le demandeur ne termine pas la durée de sa promesse de service dans votre établissement, veuillez en informer le facilitateur ou la facilitatrice du Réseau en remplissant la formule *Notification de l'employeur en cas de convention de service incomplète*.