Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs

AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

En 1999, une campagne a été lancée pour encourager le retour d'infirmières et d'infirmiers au Manitoba et soutenir leur recrutement. Une aide au déménagement allant jusqu'à 5000 $ est offerte au personnel infirmier venant s'établir dans la province pour y travailler. Pour être admissible à l'aide au déménagement, une personne doit :

- Avoir la confirmation d'un emploi à temps plein ou partiel (ETP de 0,6 ou plus) doté de manière permanente ou pour une période déterminée d'au moins 12 mois. ***Les postes OCCASIONNELS ou à durée INDÉTERMINÉE ne sont pas admissibles à une aide au déménagement.***
- Avoir un emploi confirmé comme infirmière ou infirmier fournissant des soins directs ou gestionnaire de première ligne auprès d'un employeur autorisé au Manitoba.
- Détenir un permis d'exercice délivré par un ordre d'infirmières et d'infirmiers.

FAQ

Qui peut présenter une demande d'aide au déménagement et quelles sont les exigences?

- Les infirmières et infirmiers à l'extérieur de la province qui déménagent au Manitoba. Les personnes de retour au Manitoba doivent avoir résidé à l'extérieur de la province pendant au moins un an.
- Les résidents du Manitoba. (Exception : Infirmières et infirmiers nouvellement embauchés s'installant dans une communauté frontalière pour travailler au Manitoba. Des pièces justificatives des frais de déménagement seront exigées.)
- Les demandeurs doivent accepter d'occuper un poste d'infirmière ou infirmier au Manitoba pendant au moins 12 mois. Les employeurs doivent recevoir des fonds publics de la province du Manitoba. Cela comprend, sans s'y limiter, Santé Manitoba et les offices régionaux de la santé (ORS). ***Les agences privées à but lucratif ne sont pas admissibles.***
- La demande de financement doit être présentée dans l'année suivant le déménagement au Manitoba.

Devrais-je soumettre tous les reçus liés à mon déménagement?

- La documentation des frais de déménagement, comme des reçus d'entreprise de déménagement et des coûts associés aux déplacements, doit être conservée par la personne ayant présenté la demande à des fins justificatives jusqu'à la fin de son engagement de service avec le Fonds.

Qui peut signer l'attestation de l'employeur et la convention (section H) du formulaire de demande?

- Ressources humaines
- Gestionnaire du département ou personne assurant la supervision (les infirmières et infirmiers ne peuvent signer en leur propre nom)

Combien de temps prend le processus de demande?

- Le processus de demande prend entre 4 et 6 semaines.

Comment faire parvenir ma demande à votre bureau?

- Les demandes sont envoyées par courriel au facilitateur ou à la facilitatrice du Fonds à l'adresse nrrf@sharedhealthmb.ca

Et si je déménage avant la fin de mon engagement de service avec le Fonds?

- En cas de modifications à vos coordonnées, veuillez envoyer un courriel à l'adresse nrrf@sharedhealthmb.ca.

Et si je change d'employeur ou d'emploi au sein du même établissement ou de la même région?

- Conformément à la section 7.11 de la Politique d'aide au déménagement : « Une infirmière ou un infirmier qui change d'employeur durant l'année de service à laquelle elle ou il s'est engagé au Manitoba doit remplir une nouvelle entente de service. Cette dernière doit être signée par la personne qui présente la demande et le nouvel employeur et doit couvrir la période restante de l'engagement de service précédent de 12 mois. »

IMPORTANT

La demande doit être remplie par voie électronique et comporter une signature électronique.

Si vous n'êtes pas en mesure d'y apposer une signature électronique, veuillez suivre les étapes suivantes :

1. Remplir une demande par voie électronique.
2. Imprimer la demande et signer la section G.

3. Numériser toutes les pages de la demande et sauvegarder une copie en format PDF.
4. Remettre la demande à votre employeur pour qu'il remplisse la section H.
5. Envoyer par courriel la demande dûment remplie au Fonds.

FONDS POUR LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER ET LE MAINTIEN DES EFFECTIFS
Demande d'AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

Soins communs 155, rue Carlton, bureau 1502
Winnipeg (Manitoba) R3C 3H8

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :	Prénom :	Second prénom :
Adresse courriel personnelle :	Adresse courriel professionnelle :	Date de naissance :
Adresse postale actuelle au Manitoba :		
Case postale (s'il y a lieu) :	Ville/village :	Code postal :
Numéros de téléphone		
Domicile :	Travail :	Cellulaire :

SECTION B – AUTRES SUBVENTIONS DU FONDS

Avez-vous présenté une demande pour d'autres subventions du Fonds? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, nommez ces subventions :	Date de la réception/demande de subvention :

Recevez-vous une aide au déménagement d'une autre source? ☐ Non ☐ Oui

Dans l'affirmative, indiquez la source d'aide :	Quel est le montant?	Date de la demande/réception :

SECTION C – CATÉGORIE DE PERSONNEL INFIRMIER ET NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE

Catégorie de personnel infirmier : (cochez la case qui s'applique)

☐ Infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé (IAA) ☐ Infirmière ou infirmier diplômé

☐ Infirmière ou infirmier autorisé (IA) ☐ Infirmière ou infirmier diplômé

☐ Infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé (IPA) ☐ Infirmière ou infirmier diplômé

☐ Infirmière ou infirmier praticien (IP)

Numéro de permis d'exercice/inscription : _____

Date prévue de l'obtention du permis d'exercice complet : _____

SECTION D – ÉTUDES EN SOINS INFIRMIERS

Où avez-vous suivi votre premier niveau de formation en soins infirmiers (établissement, province/État/pays) ?

Soins communs 155, rue Carlton, bureau 1502
Winnipeg (Manitoba) R3C 3H8

Quelle est l'année de l'obtention du diplôme de votre premier niveau de formation en soins infirmiers? Les programmes de transition ne s'appliquent pas.

Soins communs 155, rue Carlton, bureau 1502
Winnipeg (Manitoba) R3C 3H8

Comment avez-vous entendu parler du Fonds ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)

☐ Salon de l'emploi ☐ Employeur ☐ Publicité ou publication
☐ Internet ☐ École ☐ Autre (veuillez préciser) _____

SECTION E – EMPLOI AU MANITOBA

Nom de l'employeur/organisation :		Office régional de la santé :
Adresse :	Ville/village :	Code postal :
Poste de l'employée ou employé :	Département :	Date d'entrée en fonction :

Avez-vous déjà occupé un emploi d'infirmière ou d'infirmier au Manitoba?

☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'établissement et les dates de votre dernier emploi.

Date d'entrée en fonction pour l'emploi précédent :	Date de fin de l'emploi précédent :

Ancien employeur/organisme :		Ancien département :
Adresse :	Ville/village :	Code postal :

SECTION F – ADRESSE PRÉCÉDENTE (dans les trois mois précédant votre déménagement au Manitoba)

Date de votre déménagement au Manitoba :

Ancienne adresse :	Ancienne ville/ancien village :
Ancienne province/ancien territoire/ancien État :	Ancien pays :
Ancien employeur/organisme :	Numéro de téléphone de l'ancien employeur :

SECTION G – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉE OU EMPLOYÉ ET CONVENTION

JE DÉCLARE CE QUI SUIT :

- Je ne suis pas actuellement en situation de non-conformité avec un autre programme ou incitatif du Fonds.
- J'ai fourni des renseignements complets et véridiques dans le présent formulaire et je comprends que le défaut de le faire pourrait compromettre mon admissibilité à de l'aide plus tard.

- Je comprends que si je change d'emploi ou d'employeur avant la fin de mon engagement de service, je dois remplir un nouvel engagement qui couvrira toute la période restante de mon engagement de service avec le Fonds.

- J'ai lu et je comprends la **Politique d'aide au déménagement**. Veuillez parapher ici _____.
- J'occupe un emploi d'infirmière ou d'infirmier de manière continue au Manitoba depuis _____ et j'ai l'intention de continuer à occuper un tel poste à ETP de 0,6 ou plus au Manitoba pendant au moins 12 mois à partir de cette date.

JE CONVIENS QUE si je n'occupe pas un emploi d'infirmière ou d'infirmier à ETP de 0,6 ou plus au Manitoba pendant l'intégralité des 12 mois :

1. J'aviserai le Fonds par écrit de la date du dernier jour de mon emploi immédiatement après avoir remis ma démission.

2. Je rembourserai au Fonds toute l'aide financière (au prorata) reçue.

JE COMPRENDS QUE MON EMPLOI DOIT ÊTRE D'UNE DURÉE CONTINUE DE 12 MOIS. LE MANITOBA POURRAIT EN PROLONGER LA DURÉE POUR QUE JE PUISSE TERMINER LA PÉRIODE DE 12 MOIS OU POURRAIT M'ACCORDER DES CONGÉS TEMPORAIRES POUR DES RAISONS DE GROSSESSE OU DE SANTÉ. CHAQUE DEMANDE SERA EXAMINÉE INDIVIDUELLEMENT PAR LE FONDS POUR LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER ET LE MAINTIEN DES EFFECTIFS, QUI RENDRA UNE DÉCISION FINALE. EN CAS DE MODIFICATIONS DANS LES COORDONNÉES ET LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOI, J'AVISERAI IMMÉDIATEMENT LE FONDS.

Signature de la personne présentant la demande _____ Date de la signature : _____

SECTION H – ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR ET CONVENTION

NOUS ATTESTONS QUE :

1. (Nom de l'infirmière ou infirmier) _____ est employé(e) à titre d'(Type d'infirmière ou infirmier) _____ depuis (Date) _____ dans un poste à ETP de _____ au sein de notre organisation.

2. Nous avons l'intention d'employer cette personne pendant au moins 12 mois dans un poste permanent ou doté pour une période déterminée à ETP de 0,6 ou plus et qui ne peut être pourvu par d'autres candidats qualifiés.

3. Cette personne a été recrutée de _____
(Établissement d'enseignement, Ville/village, Employeur au MB)

FONDS POUR LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER ET LE MAINTIEN DES EFFECTIFS
Demande d'AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

Soins communs 155, rue Carlton, bureau 1502
Winnipeg (Manitoba) R3C 3H8

SI CETTE PERSONNE QUITTE L'ORGANISATION AVANT LA FIN DE SON ANNÉE DE SERVICE DANS UN EMPLOI À ETP DE 0,6 OU PLUS, NOUS FOURNIRONS UN AVIS ÉCRIT AU FACILITATEUR OU À LA FACILITATRICE DU FONDS IMMÉDIATEMENT APRÈS AVOIR DÉTERMINÉ QUE LA PERSONNE N'OCCUPERA PLUS CET EMPLOI.**

Signature de l'employeur : Date de la signature :

Nom de l'employeur : Adresse de l'employeur :

Poste de l'employeur :

Établissement : Numéro de téléphone :

ORS : Adresse courriel :

LISTE DE VÉRIFICATION : Assurez-vous de remplir votre demande au complet et de joindre les documents exigés avant de soumettre la demande.

- ☐ Section A
- ☐ Section B
- ☐ Section C
- ☐ Section D
- ☐ Section E
- ☐ Section F
- ☐ Section G
- ☐ Section H
- ☐ Copie de la lettre d'emploi officielle
- ☐ Copie de l'inscription à un ordre d'infirmières et d'infirmiers
- ☐ Preuve d'adresse. Elle doit contenir la preuve d'une adresse au Manitoba dans les 3 mois suivant votre déménagement au Manitoba (facture de services publics ou de téléphone, itinéraire de vol).
- ☐ Infirmières et infirmiers formés à l'étranger seulement : Veuillez fournir un calendrier expliquant les étapes franchies pour s'inscrire auprès d'un ordre d'infirmières et d'infirmiers.

VEUILLEZ SOUMETTRE VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE À L'ADRESSE : nrrf@sharedhealthmb.ca

****Note à l'intention de l'employeur :** Veuillez aviser le Fonds si une personne ayant présenté une demande n'a pas respecté son engagement de service avec le Fonds. Pour ce faire, remplissez le formulaire en cas de manquement à l'engagement de service.

****Note à l'intention de la personne ayant présenté la demande : Les infirmières et infirmiers ou aides en soins de santé** recrutés dans le cadre de l'initiative de recrutement aux Philippines ne sont pas admissibles à du financement en vertu du Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs.