

Programme des travailleurs étrangers temporaires

Description de la chambre à coucher réservée à l'aide familial résident

Ce formulaire doit être rempli et signé par les deux employeurs (le cas échéant) si le travail de l'aide familial résident doit être effectué à un seul endroit. Cependant, un formulaire doit être rempli pour chacune des résidences où l'aide familial résident habitera (par ex. dans le cas de parents divorcés ou séparés ou lorsque l'employeur a une résidence secondaire, tel qu'un chalet).

1. Adresse de la résidence où l'aide familial résident habitera	
Numéro / rue / case postale	
Ville	
Province / territoire	
Code postal	
Numéro de téléphone avec code régional	
2. Est-ce que l'aide familial résident aura sa propre chambre à coucher?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Est-ce que la chambre à coucher est située dans la résidence où les soins seront prodigués?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Est-ce que la porte de la chambre à coucher de l'aide familial résident est munie d'une serrure, pour laquelle il/elle aura la clé, et d'un verrou de sûreté?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Est-ce que la chambre à coucher est munie d'une fenêtre sécuritaire, refermable et qui se verrouille de l'intérieur?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Quelles sont les dimensions de la chambre à coucher attribuée à l'aide familial résident (par ex. 9 m ² ou 2,7 m x 3,40 m).	

7. Est-ce que la chambre à coucher comprend :		
des murs finis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
un plancher fini	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
un plafond fini	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
du chauffage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
de l'éclairage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
un placard	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
un lit avec matelas	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
de la literie (draps, oreiller, couvertures)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8. Fournir des renseignements supplémentaires, le cas échéant, sur le mobilier ou les services offerts à l'aide familial résidant (par ex. téléphone, télévision, câble ou satellite, internet, etc.).		

Nom de l'employeur # 1
(en caractères
d'imprimerie) _____



Signature de l'employeur #1



Date (JJ/MM/AAAA)

Nom de l'employeur # 2,
s'il y a lieu (en
caractères d'imprimerie) _____



Signature de l'employeur # 2 (s'il y a lieu)



Date (JJ/MM/AAAA)