Québec
Santé Québec

Formulaire de déclaration des renseignements (Version 2025)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS)

Registre des ressources d'hébergement en dépendance

1 Identification de la ressource

Nom et coordonnées de la ressource			
Nom de la ressource :			
Adresse :	Municipalité/Ville :	Région administrative :	Code postal
Téléphone :	Télécopieur :	Adresse courriel :	
Date d'ouverture de la ressource : (Jour, mois, année) :	Ressource à but lucratif ☐	Organisme à but non lucratif ☐	

2 Identification de l'exploitant

Personne morale	
Nom de la compagnie :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ) :**
Date de prise de possession de la ressource :	

3 Autres ressources d'hébergement en dépendance détenues par l'exploitant

Exploitez-vous plusieurs ressources d'hébergement en dépendance ? (adresses civiques ou raisons sociales différentes)
Oui ☐ Non ☐ Si oui, combien d'autres ? _____

Autre ressource 1 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse :	Municipalité/Ville :	Région administrative :	Code postal
Autre ressource 2 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse :	Municipalité/Ville :	Région administrative :	Code postal
Autre ressource 3 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse :	Municipalité/Ville :	Région administrative :	Code postal
Autre ressource 4 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse :	Municipalité/Ville :	Région administrative :	Code postal

Si l'exploitant est propriétaire de plus de quatre ressources d'hébergement en dépendance, s.v.p. utiliser l'annexe 2.1 à la fin de ce formulaire.

4 Identification de la personne responsable (employé qui assure au nom de l'exploitant l'autorité et la gestion au sein de la ressource)

Nom et coordonnées de l'employé responsable de la ressource		
Nom et prénom :		
Adresse de correspondance (si différente de celle de la ressource) :		
Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :
À l'usage du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) : vérification des antécédents judiciaires **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐		

5 Identification des administrateurs (membres du conseil d'administration)

Nom de l'administrateur			**Nom de l'administrateur**		
Nom et prénom :			Nom et prénom :		
Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**			Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**		
Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :	Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :
Fonction (au sein du CA) :	Occupation :		Fonction (au sein du CA) :	Occupation :	
Date de début de mandat :			Date de début de mandat :		
Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____			Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____		
À l'usage du CISSS-CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐			**À l'usage du CISSS-CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires** **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐		
Nom de l'administrateur			**Nom de l'administrateur**		
Nom et prénom :			Nom et prénom :		
Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**			Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**		
Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :	Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :
Fonction (au sein du CA) :	Occupation :		Fonction (au sein du CA) :	Occupation :	
Date de début de mandat :			Date de début de mandat :		
Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____			Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____		
À l'usage du CISSS-CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐			**À l'usage du CISSS-CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires** **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐		

S'il y a plus de six administrateurs, utiliser l'annexe2.2 à la fin de ce formulaire.

6 Capacité d'accueil

Note : On entend par unité d'hébergement, soit une chambre simple, une chambre double ou un dortoir (ex. : une chambre simple ou un dortoir représentent chacun une unité d'hébergement).

6.1 Au total, combien **d'unités d'hébergement** offre l'immeuble dans lequel est située votre ressource, toutes clientèles confondues ? _____ unités		
6.2 Au total, combien de personnes peuvent être hébergées dans l'immeuble où est située votre ressource, toutes clientèles confondues ?_____ personnes		
6.3 De ce nombre, combien d'unités sont destinées à l'hébergement, tel que défini à l'article 1 du *Règlement sur les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance* ? _____ unités		
6.4 Au total, combien de personnes peuvent être hébergées dans votre ressource pour des services d'hébergement, tel que défini à l'article 1 du *Règlement sur les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance* ? _____ personnes		
Votre ressource offre-t-elle les <u>unités d'hébergement suivantes :</u>	**<u>Nombre d'unités d'hébergement</u> offertes**	
6.5 Des chambres simples ? Oui ☐ Non ☐	Nombre :	
6.6 Des chambres doubles ? Oui ☐ Non ☐	Nombre :	
6.7 Des dortoirs ? Oui ☐ Non ☐	Nombre :	
6.8 Nombre de lits en dortoir ?	Nombre :	
6.9 Total (devrait être identique à la réponse de 6.1)	**Nombre :**	
6.10 Quelle est la moyenne annuelle du taux d'occupation des lits de votre ressource ?		**%**

7 Services offerts par la ressource

Parmi les services suivants, lesquels sont offerts par votre ressource ?

7.1 Service d'aide et de soutien à la récupération à la suite d'une intoxication

Oui ☐ Non ☐

7.1.1 Clientèle(s) visée(s) par ces services :

Hommes	☐	Femmes	☐	Autres	☐
Jeunes (moins de 18 ans)	☐	Adultes	☐		
Judiciarisé	☐	Traitements de substitution (TAO)	☐	Troubles concomitants	☐

7.1.2 Dans quelle approche d'intervention s'inscrivent ces services ? _____

7.1.3 Quelle est la durée, **en jours**, du (ou des) programme(s) offert(s) ? _____ jours

7.2 Service d'aide et de soutien à la désintoxication Oui ☐ Non ☐

7.2.1 Clientèle(s) visée(s) par ces services :

Hommes	☐	Femmes	☐	Autres	☐
Jeunes (moins de 18 ans)	☐	Adultes	☐		
Judiciarisé	☐	Traitements de substitution (TAO)	☐	Troubles concomitants	☐

7.2.2 Dans quelle approche d'intervention s'inscrivent ces services ? _____

7.2.3 Quelle est la durée, **en jours**, du (ou des) programme(s) offert(s) ? _____jours

7.3 Service de thérapie Oui ☐ Non ☐

7.3.1 Clientèle(s) visée(s) par ces services :

Hommes	☐	Femmes	☐	Autres	☐
Jeunes (moins de 18 ans)	☐	Adultes	☐		
Toxicomanie/Alcoolisme	☐	Jeu pathologique	☐	Utilisation problématique d'internet et des écrans	☐
Judiciarisé	☐	Traitements de substitution (TAO)	☐	Troubles concomitants	☐

7.3.2 Sous quelle forme ces services sont-ils offerts ? Individuelle ☐ Groupe ☐

7.3.3 Dans quelle approche d'intervention s'inscrivent ces services ? _____

7.3.4 Quelle est la durée, **en jours**, du (ou des) programme(s) offert(s) ? _____ jours

7.4 Service de réinsertion sociale Oui ☐ Non ☐

7.4.1 Clientèle(s) visée(s) par ces services :

Hommes	☐	Femmes	☐	Autres	☐
Jeunes (moins de 18 ans)	☐	Adultes	☐		
Toxicomanie/Alcoolisme	☐	Jeu pathologique	☐	Utilisation problématique d'internet et des écran	☐
Judiciarisé	☐	Traitement de substitution (TAO)	☐	Troubles concomitants	☐

7.4.2 Sous quelle forme ces services sont-ils offerts ? Individuelle ☐ Groupe ☐

7.4.3 Dans quelle approche d'intervention s'inscrivent ces services ? _____

7.4.4 Quelle est la durée, **en jours**, du (ou des) programme(s) offert(s) ? _____ jours

7.5 Coût de chacun des services offerts dans la ressource

Type de contribution	Clientèle visée	Montant unitaire

7.6 Quel est le portrait du personnel de la ressource ?

Portrait du personnel	Semaine			Fin de semaine			Précisions
	Jour	Soir	Nuit	Jour	Soir	Nuit	
Nombre total de bénévoles présents dans la ressource							
Nombre total d'employés présents dans la ressource							
Nombre d'intervenants possédant une formation scolaire admissible en intervention psychosocial							
Nombre d'intervenants possédant une formation clinique/médicale							

8 Affiliations et reconnaissance de la ressource d'hébergement en dépendance

8.1 Votre ressource est-elle membre d'une association de ressources ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle :
- ☐ AQCID — Association québécoise des centres d'intervention en dépendance
- ☐ APOD — Association provinciale des organismes en dépendance
- ☐ AIDQ — Association des intervenants en dépendance du Québec
- ☐ COCD--- Coalition des organismes communautaires en dépendance
- ☐ Autre, précisez : _____

8.2 Quels sont les permis, les attestations ou les autorisations **en vigueur** dans votre ressource (valide pour l'année en cours) ?

a) Ministère de l'Agriculture — MAPAQ Oui ☐ Non ☐
b) Municipal (réglementation) Oui ☐ Non ☐
c) Ascenseur (Régie du bâtiment) Oui ☐ Non ☐ Non applicable ☐

8.3 Votre ressource reçoit-elle du financement dans le cadre du :

a) Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) Oui ☐ Non ☐
b) Un ou plusieurs autre(s) programme(s) de financement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, le ou lesquels : _____

_____

9 Caractéristiques de la ressource d'hébergement en dépendance

9.1 Quel est le nombre d'étages de votre immeuble, excluant le sous-sol et le demi-sous-sol ? _____

9.2 Y a-t-il des chambres au sous-sol ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, combien ? _____

9.3 Y a-t-il des chambres au demi-sous-sol ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, combien ? _____

9.4 Quel est le nombre (si non applicable, indiquer 0) : a) de plates-formes élévatrices ? _____ b) de fauteuils élévateurs d'escalier ? _____ c) d'ascenseurs ? _____
1.5 L'immeuble dans lequel se situe votre ressource est-il muni d'un système de gicleurs à eau ? Oui ☐ Non ☐
1.6 L'immeuble est-il adapté et accessible aux personnes à mobilité réduite ? Oui ☐ Non ☐ Précisez :

10 Signature du responsable

Je soussigné(e) déclare être :

☐ **l'exploitant ou** ☐ **la personne responsable désignée et je confirme que les informations fournies ci-dessus sont vraies.**

_____

Prénom et nom de la personne autorisée (en lettres moulées)

Note : Informer le CISSS-CIUSSS de votre région de tout changement relatif à votre ressource, tels que des modifications de services, une augmentation ou une diminution du nombre de places, des nouveaux permis, la vente ou un changement d'associé(s) ou d'actionnaire(s), etc.

_____ **Date :** _____

Signature obligatoire Jour/mois/année

SECTION RÉSERVÉE AU CISSS-CIUSSS		
Nom de la personne qui a saisi le formulaire :		Région sociosanitaire :
Nom du signataire au formulaire papier :		
Date de la première inscription :	Date de mise à jour :	Date de fermeture :

Annexe 2.1 – AUTRES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE DÉTENUES PAR L'EXPLOITANT

Autres ressources			
Autre ressource 5 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 6 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 7 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 8 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 9 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 10 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal
Autre ressource 11 (nom) :	**Numéro au registre des entreprises du Québec (NEQ)**		
Adresse	Municipalité/Ville	Région administrative	Code postal

Annexe 2.2 — MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Nom de l'administrateur			**Nom de l'administrateur**		
Nom et prénom :			Nom et prénom :		
Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**			Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**		
Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :	Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :
Fonction (au sein du CA)	Occupation :		Fonction (au sein du CA) :	Occupation :	
Date de début de mandat :			Date de début de mandat :		
Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____			Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____		
À l'usage du CISSS ou du CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐			**À l'usage du CISSS ou du CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires** **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐		
Nom de l'administrateur			**Nom de l'administrateur**		
Nom et prénom :			Nom et prénom :		
Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**			Adresse de correspondance **(si différente de la ressource) :**		
Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :	Municipalité/Ville :	Code postal	Téléphone :
Fonction (au sein du CA) :	Occupation :		Fonction (au sein du CA) :	Occupation :	
Date de début de mandat :			Date de début de mandat :		
Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____			Y a-t-il un lien de parenté avec un autre membre du CA ? Oui ☐ Non ☐ Préciser : _____		
À l'usage du CISSS ou du CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐			**À l'usage du CISSS ou du CIUSSS : Vérification des antécédents judiciaires** **Date de vérification :** _____ **Région :** _____ **Conforme : Oui** ☐ **Non** ☐ **N/D** ☐		