

DÉCLARATION DE L'EXPLOITANT RELATIVE AU CASIER JUDICIAIRE ET AU REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES

Le présent formulaire doit être rempli par les exploitants à la demande de Réglementation des soins en résidence.

Résidence/établissement : _____ Adresse : _____

CIRCONSTANCES

- Retard dans la vérification des antécédents (remplir les sections A et B)
- Examen annuel/renouvellement (remplir les sections A et C)

Remarque : Pour un examen annuel/renouvellement, veuillez répondre aux questions suivantes en ce qui concerne l'existence de nouvelles condamnations, accusations ou enquêtes survenues au cours de la dernière année.

SECTION A

DÉCLARATION

CASIER JUDICIAIRE

1. Avez-vous déjà fait l'objet d'une condamnation pour une infraction criminelle à l'égard de laquelle vous n'avez pas obtenu de pardon, ce qui inclut une infraction en vertu du [Code criminel](#), de la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#) ou de la [Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés](#) (ou d'une loi qu'elle remplace)?
 Oui Non
2. Avez-vous déjà fait l'objet d'une condamnation pour une infraction à caractère sexuel inscrite à l'annexe de la [Loi sur le casier judiciaire](#) à l'égard de laquelle vous avez depuis obtenu un pardon?
 Oui Non
3. Faites-vous actuellement l'objet d'une accusation ou d'une enquête pour une infraction criminelle? Oui Non
4. Savez-vous si une ou des personnes offrant des soins dans la résidence ou vivant dans la résidence (autres que les personnes recevant des soins) ont déjà fait l'objet d'une condamnation pour une infraction criminelle à l'égard de laquelle elles n'ont pas obtenu de pardon, ce qui inclut une infraction en vertu du [Code criminel](#), de la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#) ou de la [Loi sur](#)

l'immigration et la protection des réfugiés (ou d'une loi qu'elle remplace)?

Oui Non

5. Savez-vous si une ou des personnes offrant des soins dans la résidence ou vivant dans la résidence (autres que les personnes recevant des soins) ont déjà fait l'objet d'une condamnation pour une infraction à caractère sexuel inscrite à l'annexe de la [Loi sur le casier judiciaire](#) à l'égard de laquelle elles ont depuis obtenu un pardon?

Oui Non

6. Savez-vous si une ou des personnes offrant des soins dans la résidence ou vivant dans la résidence (autres que les personnes recevant des soins) font actuellement l'objet d'une accusation ou d'une enquête pour une infraction criminelle?

Oui Non

7. Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des questions précédentes, veuillez fournir des détails concernant votre ou vos condamnations ou accusations, ce qui inclut la date, l'infraction et la peine. (Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser des pages supplémentaires.)

REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES

8. Votre nom a-t-il déjà été inscrit au registre des mauvais traitements infligés aux adultes?

Oui Non

9. Savez-vous si une ou des personnes offrant des soins dans la résidence ou vivant dans la résidence (autres que les personnes recevant des soins) sont inscrites au registre des mauvais traitements infligés aux adultes?

Oui Non

10. Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête pour des allégations de mauvais traitements ou de négligence envers un adulte ayant une déficience intellectuelle, au sens de la [Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle](#) (autrefois la Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale), ou envers un patient, au sens de la [Loi sur la protection des personnes recevant des soins](#)?

Oui Non

11. Savez-vous si des personnes offrant des soins dans la résidence ou vivant dans la résidence (autres que les personnes recevant des soins) font actuellement l'objet d'une enquête pour des allégations de mauvais traitements ou de négligence envers un adulte ayant une déficience intellectuelle, au sens de la [Loi sur les adultes ayant une déficience intellectuelle](#) (autrefois la Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale), ou envers un patient, au sens de la [Loi sur la protection des personnes recevant des soins](#)?

Oui Non

- 12.** Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des questions précédentes, veuillez fournir des détails concernant chaque enquête, ce qui inclut la date et l'infraction. (Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser des pages supplémentaires.)

SECTION B (à remplir en cas de retard dans l'obtention de documents)

J'atteste que les renseignements donnés précédemment sont véridiques et complets.

Je sais qu'une lettre d'agrément provisoire est conditionnelle à l'obtention, dans un délai de six mois, d'une vérification satisfaisante de casier judiciaire (ce qui inclut une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables) et d'une vérification satisfaisante du registre des mauvais traitements infligés aux adultes. En outre, je comprends que Réglementation des soins en résidence peut suspendre immédiatement cette lettre d'agrément provisoire si les résultats de vérification de casier judiciaire ou du registre des mauvais traitements infligés aux adultes entrent en contradiction avec la présente déclaration.

Nom de l'exploitant : _____ Signature : _____

Responsable de Réglementation des soins en résidence : _____
Signature : _____

Date : _____

SECTION C (à remplir pour un examen annuel/renouvellement)

J'atteste que les renseignements donnés précédemment sont véridiques et complets.

Je comprends que Réglementation des soins en résidence peut demander une vérification ultérieure de casier judiciaire ou du registre des mauvais traitements infligés aux adultes si elle prend connaissance de renseignements l'amenant à croire qu'une personne accusée ou faisant l'objet d'une enquête peut poser un risque pour une ou des personnes recevant des soins ou être incapable d'assumer ses responsabilités.

Enfin, je comprends que la communication de renseignements erronés peut entraîner l'annulation de la lettre d'agrément ou du permis.

Nom de l'exploitant : _____ Signature : _____

Responsable de Réglementation des soins en résidence : _____
Signature : _____

Date : _____

Remarque : Dans les situations où deux personnes sont inscrites à titre d'exploitants sur la lettre d'agrément, la signature d'une seule de ces personnes est requise.

Le présent formulaire doit être conservé dans le dossier de l'exploitant à Réglementation des soins en résidence.