

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### PROGRAMME D'AIDE AUX RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS ET AUTRES ENTITÉS PRIVÉES APPARENTÉES (PARPA-EPA)

En préambule.....	1
Liste des acronymes .....	3
Précisions sur la terminologie employée dans le formulaire de demande.....	4
Section 1 : Identification de l'entité juridique .....	5
Section 2 : Identification de l'unité ou des unités d'affaires de l'entité juridique...	6
Section 3 : Renseignements sur l'admissibilité .....	7
Section 4 : Renseignements sur les contrats d'assurance pour l'unité ou les unités d'affaires de l'entité juridique – Annexe B et C .....	8
Section 5 : Déclarations relatives aux conditions du programme .....	9
Section 6 : Engagements .....	10
Annexe A : Identification des unités d'affaires de l'entité juridique .....	12
Annexe B : Informations sur le contrat d'assurance (en service avant le 1 <sup>er</sup> avril 2019) .....	15
Annexe C : Informations sur le contrat d'assurance (en service après le 1 <sup>er</sup> avril 2019) .....	17
Documents à fournir avec votre demande d'aide financière.....	19

#### EN PRÉAMBULE

**Il est important** de lire attentivement la section portant sur la terminologie employée dans le présent formulaire.

Sont précisés ci-contre à titre d'exemple et pour faciliter la compréhension du formulaire, les principaux cas de figure qui se présentent en regard de la demande d'aide financière.

#### **1<sup>er</sup> cas de figure (une seule unité d'affaires)**

L'entité juridique (la personne morale) exploite une seule unité d'affaires. Par exemple, une Résidence pour personnes âgées (RPA), **ou** un Centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD), **ou** une Entreprise d'économie

sociale en aide à domicile (EÉSAD) **ou** une Ressource intermédiaire de type soutien à l'autonomie des personnes âgées (RI-SAPA), etc., à l'intérieur **d'une** installation et pour laquelle **une** police d'assurance est délivrée. Dans ce cas de figure simple, le demandeur doit compléter le présent formulaire, ses différentes sections et l'annexe B ou C, selon le cas. Il est requis de bien préciser le nombre de places de l'unité d'affaires.

### **2<sup>e</sup> cas de figure (deux unités d'affaires ou plus dans une même installation)**

L'entité juridique possède **deux** unités d'affaires ou **plus** dans **une** même installation. Par exemple une RPA et une RI-SAPA, **ou** une RPA et un CHSLD **ou** un CHSLD, une RPA et une RI-SAPA, etc., sont exercé(e)s dans la même installation **et** détenant **une** seule police d'assurance. Dans ce deuxième cas de figure, le demandeur doit compléter le présent formulaire, ses différentes sections et les annexes afférentes. Il est toujours requis de préciser le nombre de places par unité d'affaires.

### **3<sup>e</sup> cas de figure (deux unités d'affaires ou plus dans plus d'une installation avec des polices d'assurance distinctes)**

L'entité juridique possède **deux** unités d'affaires **ou plus**. Par exemple deux RPA, **ou** un CHSLD et une RPA, **ou** deux CHSLD **ou encore** trois RPA, etc., dans **plus d'une** installation et détenant des polices d'assurance **distinctes**. Dans ce troisième cas de figure, le demandeur doit compléter le présent formulaire, ses différentes sections et les annexes afférentes. Il est toujours requis de préciser le nombre de places par unité d'affaires.

### **4<sup>e</sup> cas de figure (plus d'une entité juridique)**

Si le demandeur de l'aide financière **a plus d'une** entité juridique, alors il doit soumettre des demandes spécifiques, c'est-à-dire remplir pour chaque entité juridique un nouveau formulaire, selon les cas de figure donnés en exemple précédemment.

Veillez prendre note que les cas de figure exposés ci-haut sont des exemples et il est possible que ceux-ci ne reflètent pas votre situation. Vous devez remplir le formulaire de demande selon votre propre situation.

### **Les achats de places**

On entend par achat de places, des ententes convenues au cours de l'année de référence et toujours actif dans l'année de la demande, entre une entité juridique et un établissement de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS). Si ces achats de places n'ont pas pour effet de modifier la couverture d'assurance alors, il n'est pas nécessaire d'en faire état dans la demande d'aide financière. Par ailleurs, si les achats de places ont conduit à **l'ajout d'une nouvelle unité d'affaires et une modification de la police d'assurance**, alors vous devez préciser le nombre de places à l'annexe A.

**Il est important** de préciser que l'évaluation de la demande d'aide financière se fera sur la base des données (nombre de places) contenues au certificat pour les RPA, au permis pour les CHSLD PC et PNC ainsi que pour les hôpitaux de réadaptation, dans les ententes convenues avec les CISSS et les CIUSSS dans le cas des RI-SAPA.

## **LISTES DES ACRONYMES**

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHSLD PC : Centre d'hébergement de soins de longue durée privé conventionné

CHSLD PNC : Centre d'hébergement de soins de longue durée privé non conventionné

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

EÉSAD : Entreprises d'économie sociale en aide à domicile

Hôpital de réadaptation PC: hôpital de réadaptation privé conventionné

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PARPA-EPA : Programme d'aide aux résidences privées pour aînés et autres entités privées apparentées

PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique

RI-SAPA : Ressources intermédiaires de type soutien à l'autonomie des personnes âgées

RPA : Résidence privée pour aînés à but lucratif

RPA OBNL : Résidence privée pour aînés de type organisme à but non lucratif

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

## **PRÉCISIONS SUR LA TERMINOLOGIE EMPLOYÉE DANS LE FORMULAIRE DE DEMANDE**

Aux fins de l'application du présent formulaire de demande,

- le terme « entité » est utilisé pour désigner l'entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales. Une entité peut opérer plus d'une unité d'affaires ;
- le terme « unité d'affaires » est utilisé pour désigner :
  - une RPA, comme identifié sur son certificat délivré par le CISSS/CIUSSS ;
  - un CHSLD PC, comme identifié sur son permis délivré par le MSSS ;
  - un CHSLD PNC, comme identifié sur son permis délivré par le MSSS ;
  - un hôpital de réadaptation PC, comme identifié sur son permis délivré par le MSSS ;
  - une EÉSAD, comme identifié sur sa reconnaissance par le MSSS ;
  - une RI-SAPA, comme identifié sur l'entente conclue avec le CISSS/CIUSSS responsable de son territoire.
- le nombre de places (\*) fait référence au :
  - nombre de lits pour les CHSLD PC, les CHSLD PNC et les hôpitaux de réadaptation PC ;
  - nombre de places pour les RI-SAPA ;
  - nombre de logements pour les RPA.

(\*) Il est à noter que la notion du nombre de places ne s'applique pas aux EÉSAD

- Installation : lieu physique où l'unité d'affaires exerce ses activités.
- le terme « en service » est utilisé pour désigner « être en affaires ».

## Section 1 : Identification de l'entité juridique

### 1.1 Renseignements généraux sur l'entité

- Nom de l'entité : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Forme juridique : \_\_\_\_\_
- Numéro d'entreprise du Québec : \_\_\_\_\_

### 1.2 Renseignements sur le représentant dûment autorisé

- Prénom et Nom : \_\_\_\_\_
- Titre d'emploi : \_\_\_\_\_
- Téléphone / Poste : \_\_\_\_\_
- Autre n° de téléphone : \_\_\_\_\_
- Courriel : \_\_\_\_\_

**Note :** le représentant dûment autorisé par l'entité juridique doit signer le présent formulaire de demande

### 1.3 Parmi les choix ci-dessous, veuillez identifier l'unité ou les unités d'affaires qui composent votre entité juridique et indiquer le nombre correspondant,

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RPA                        | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> RPA OBNL                   | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> CHSLD PC                   | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> CHSLD PNC                  | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> EÉSAD                      | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> RI-SAPA                    | nombre d'unités d'affaires _____ |
| <input type="checkbox"/> Achat de places (i)        | nombre d'unités d'affaires _____ |

(i) Achat de places : achat au cours de l'année de référence et toujours actif dans l'année courante de la demande. L'achat de places a conduit à l'ajout d'une nouvelle unité d'affaires et une modification de la police d'assurance.

**Section 2 : Identification de l'unité ou des unités d'affaires de l'entité juridique**

Si votre entité possède seulement une unité d'affaires, veuillez répondre à la question 2.1 ;

Si votre entité possède plus d'une unité d'affaires, veuillez compléter l'annexe A, à la page 12. Vous n'avez pas à répondre à la question 2.1.

**2.1 Renseignements généraux sur l'unité d'affaires**

Nom de l'unité d'affaires : \_\_\_\_\_

Adresse de l'unité d'affaires : \_\_\_\_\_

Unité d'affaires	Nombre de places (non applicable EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA			Pour RPA & RPA OBNL : No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ Pour CHSLD PC, CHSLD PNC & Hôpital de réadaptation PC No de permis : _____ Date d'échéance : _____ Pour EÉSAD No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ Pour RI-SAPA No d'entente : _____ Date d'échéance : _____

Si vous avez complété la question 2.1, veuillez passer à la section 3 du formulaire.

**2.2 Si vous avez complété l'annexe A et vous avez plus d'une unité d'affaires et plus d'une installation, est-ce que vous avez plus d'une unité d'affaires qui exercent ses activités dans la même installation ?**

Exemple : La RPA « ABC » exerce ses activités dans deux installations no 1 et no 2. La RI-SAPA « XYZ » exerce ses activités dans la même installation no 2 que la RPA « ABC ».

Oui

Non, passez à la section 3 du formulaire.

Si la réponse est oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous pour chaque installation dans laquelle il y a plus d'une unité d'affaires qui exercent ses activités dans la même installation.

Si vous avez seulement une installation et que les activités de toutes vos unités d'affaires sont exercées dans cette seule installation, vous n'avez pas à compléter le tableau ci-dessous.

Installation 1 :			
Adresse :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

Installation 2 :			
Adresse :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

Installation 3 :			
Adresse :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

Installation 4 :			
Adresse :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour répondre à la présente section, faites une copie de ladite section et inclure cette feuille avec votre demande.

### Section 3 : Renseignements sur l'admissibilité

#### 3.1 Est-ce que l'entité est inscrite au Registre des entreprises non admissibles (RENA) aux contrats publics ?

- Oui
- Non

Si la réponse est oui, l'entité n'est pas admissible à l'aide financière octroyée dans le cadre du présent programme

Veuillez consulter le lien suivant <https://rena.amp.quebec/rena/> pour davantage d'information sur le RENA.

**3.2 L'entité a-t-elle été dûment mise en demeure par le gouvernement en lien avec l'octroi d'une aide financière antérieure au cours des deux années précédant la demande d'aide financière dans le cadre du présent programme?**

- Oui
- Non, passez à la section 4 du formulaire

**Si vous avez répondu oui, l'entité a-t-elle respecté ses obligations ?**

- Oui
- Non

Si la réponse est non, l'entité n'est pas admissible à l'aide financière octroyée dans le cadre du présent programme

**Section 4 : Renseignements sur les contrats d'assurance de l'unité ou des unités d'affaires de l'entité juridique - Annexe B et C**

Vous devez compléter l'annexe B, si l'unité ou les unités d'affaires étaient en service avant le 1<sup>er</sup> avril 2019

Vous devez compléter l'annexe C, si l'unité ou les unités d'affaires étaient en service après le 1<sup>er</sup> avril 2019

Selon le moment où vous étiez en service, vous devez compléter l'annexe assujettie pour **chaque contrat** de l'entité souscrivant à des protections d'assurance se rapportant à l'assurance des biens, à l'assurance de responsabilité civile générale ou professionnelle ainsi qu'à l'assurance de responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants auprès d'un assureur privé.

Vous avez l'obligation de fournir tous les renseignements sur les contrats d'assurance pour l'ensemble des unités d'affaires de l'entité juridique.



**Section 5 : Déclarations relatives aux conditions d'admissibilité**

Le représentant dûment autorisé de l'entité déclare :

i. se conformer aux orientations gouvernementales en matière de santé publique ainsi qu'au cadre légal et réglementaire applicable ;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
ii. ne pas avoir bénéficié d'une aide financière visant les mêmes fins en provenance du gouvernement du Québec, du gouvernement du Canada, de leurs organismes ou d'un organisme municipal, tel que défini à l'article 5 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1) ;	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
iii. ne pas être en processus de résiliation/révocation d'un permis dans le cas des CHSLD PC, des CHSLD PNC et des hôpitaux de réadaptation PC ou de toute autre autorisation d'exercice dont l'octroi est effectué par le MSSS ou un établissement public du RSSS.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales
iv. ne pas être en processus de résiliation/révocation de la certification dans le cas des RPA ou de toute autre autorisation d'exercice dont l'octroi est effectué par le MSSS ou un établissement public du RSSS.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales
v. ne pas être en processus de résiliation/révocation d'une reconnaissance par le MSSS conformément au PEFSAD dans le cas des EÉSAD ou de toute autre autorisation d'exercice dont l'octroi est effectué par le MSSS ou un établissement public du RSSS.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales
vi. ne pas être en processus de résiliation/révocation d'une entente avec un établissement public du RSSS dans le cas des RI-SAPA ou de toute autre autorisation d'exercice dont l'octroi est effectué par le MSSS ou un établissement public du RSSS.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales

vii. le cas échéant, se conformer aux normes du Tribunal administratif du logement en matière de fixation de loyer. Notamment, toute aide financière obtenue en application du présent programme ou de tout autre programme gouvernemental visant les mêmes fins, devra être portée en diminution du coût des primes d'assurances considéré dans la fixation des loyers de l'année suivante.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales
viii. le cas échéant, respecter les normes applicables à l'augmentation du coût des services offerts aux usagers.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable	Initiales

### Section 6 : Engagements

Le représentant dûment autorisé de l'entité s'engage à respecter les conditions suivantes :

i. s'assurer que la prime d'assurance exigée a été ou sera payée conformément aux modalités du présent programme.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
ii. respecter les lois et règlements qui lui sont applicables.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
iii. transmettre à la DARSSS de SigmaSanté tout renseignement requis par cette dernière aux fins d'administration, de suivi, de vérification ou d'évaluation du présent programme.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
iv. assurer la continuité des services offerts aux usagers.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales
v. le cas échéant, ne pas allouer en tout ou en partie à d'autres usages, au cours de l'année suivant l'obtention de l'aide financière, les logements consacrés à l'hébergement ou aux d'autres services fournis par les entités visées.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Initiales

**Note** : Si l'entité ne respecte pas les dispositions du présent programme ou effectue une déclaration qui ne représente pas sa situation, la DARSSS de SigmaSanté se réserve le droit de demander le remboursement en tout ou en partie des sommes allouées.

**Signature par le représentant dûment autorisé par l'entité juridique**

**En signant ce formulaire de demande y compris toutes les annexes,**  
j'atteste que les renseignements qui y sont inscrits sont exacts.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_  
Ville Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire

**IMPORTANT**

Nous vous invitons à transmettre votre formulaire ainsi que l'ensemble des documents requis pour valider votre demande. Vous pouvez nous acheminer votre formulaire :

**Par courriel :**

[parpa-epa.darsss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:parpa-epa.darsss@ssss.gouv.qc.ca)

**Par la poste :**

DARSSS de SigmaSanté  
A/S PARPA-EPA  
505, boul. De Maisonneuve Ouest  
Bureau 900  
Montréal (Québec) H3A 3C2

Notre équipe est dédiée pour vous accompagner dans votre demande d'aide financière.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à nous appeler au  
1 833 842-3899. Vous pouvez aussi nous écrire à l'adresse courriel  
[parpa-epa.darsss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:parpa-epa.darsss@ssss.gouv.qc.ca) .

## ANNEXE A

Vous devez compléter l'Annexe A seulement si votre entité juridique possède plus d'une unité d'affaires.

Identification des unités d'affaires de l'entité juridique (Vous devez identifier une unité d'affaires par section)			
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____

Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____
Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier : _____			<b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b> No de certificat : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b> No de permis : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour EÉSAD</b> No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____ <b>Pour RI-SAPA</b> No d'entente : _____ Date d'échéance : _____

Nom de l'unité d'affaires : Adresse :	Nombre de places (non applicable pour EÉSAD)	Nombre d'installations	Numéro de certificat, de permis, de reconnaissance, ou d'entente correspondant à l'unité d'affaires et la date d'échéance
<input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RPA OBNL <input type="checkbox"/> CHSLD PC <input type="checkbox"/> CHSLD PNC <input type="checkbox"/> Hôpital de réadaptation PC <input type="checkbox"/> EÉSAD <input type="checkbox"/> RI-SAPA <input type="checkbox"/> Achat de place (i), spécifier :			<p><b>Pour RPA &amp; RPA OBNL</b>            No de certificat : _____ Date d'échéance : _____  <b>Pour CHSLD PC, CHSLD PNC &amp; Hôpital de réadaptation PC</b>            No de permis : _____ Date d'échéance : _____  <b>Pour EÉSAD</b>            No reconnaissance : _____ Date d'échéance : _____  <b>Pour RI-SAPA</b>            No d'entente : _____ Date d'échéance : _____</p>

Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour répondre à la présente section, faites une copie de ladite section et inclure cette feuille avec votre demande.

- (i) Achat de places : achat au cours de l'année de référence et toujours actif dans l'année courante de la demande. L'achat de places a conduit à l'ajout d'une nouvelle unité d'affaires et une modification de la police d'assurance.

Une fois l'annexe A complétée, veuillez retourner à la question 2.2 du formulaire

## ANNEXE B

Vous utilisez l'annexe B, si l'unité ou les unités d'affaires étaient en service avant le 1<sup>er</sup> avril 2019

Vous devez compléter l'annexe B pour **chaque contrat** de l'entité souscrivant à des protections d'assurance se rapportant à l'assurance des biens, à l'assurance de responsabilité civile générale ou professionnelle ainsi qu'à l'assurance de responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants auprès d'un assureur privé.

**Veillez compléter le tableau ci-dessous**

Contrat d'assurance			
Nom de l'assureur privé :			
No du contrat :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

	Dommages aux biens	Responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants	Responsabilité civile générale ou professionnelle
	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ
La période du contrat d'assurance où son entrée en vigueur est entre le 1 <sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020, correspondant à l'année de référence			
Montant de la première prime d'assurance payée (incluant la taxe d'assurance de 9 %)			
	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ
La période du renouvellement de contrat d'assurance où son entrée en vigueur est entre le 1 <sup>er</sup> avril 2023 et 31 mars 2024			
Montant du renouvellement de la prime annuelle d'assurance payée ou à payer (incluant la taxe d'assurance de 9 %)			

	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ
La période du Renouvellement de contrat d'assurance où son entrée en vigueur est entre le 1 <sup>er</sup> avril 2024 et 31 mars 2025			
Montant du renouvellement de la prime annuelle d'assurance payée ou à payer (incluant la taxe d'assurance de 9 %)			

Veillez noter que pour les activités de l'entité, les dépenses admissibles se rapportent à l'assurance des dommages aux biens, à l'assurance de responsabilité civile générale ou professionnelle ainsi qu'à l'assurance de responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants dans le cadre des fonctions de ces derniers. De plus, la partie admissible de l'augmentation des primes d'assurance de l'année courante par rapport aux primes de l'année de référence sont pour des protections similaires ou, le cas échéant, pour la couverture requise eu égard à la situation de l'entité si celle-ci a changé.

Exemple :

Les protections d'assurance de l'entreprise ABC couvrent la période du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 1<sup>er</sup> septembre 2020 - année de référence. La prime payée s'élevait à 2 500 \$ lors de l'année de référence. Pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 1<sup>er</sup> septembre 2023, la prime payée pour des protections similaires s'élève à 10 000 \$.



- Période du contrat où l'entrée en vigueur du contrat d'assurance est du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 1<sup>er</sup> septembre 2020 - année de référence ;
- La prime annuelle d'assurance pour l'assurance qui était en vigueur au cours de la période de référence est de 2 500 \$ incluant la taxe d'assurance de 9 %. Le montant de la prime doit être ventilé entre les différentes protections visées ;
- La période de renouvellement de la prime d'assurance à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022 est le 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 1<sup>er</sup> septembre 2023 ;
- La prime annuelle d'assurance pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 1<sup>er</sup> septembre 2023 est de 10 000 \$ incluant la taxe d'assurance de 9 %. Le montant de la prime doit être ventilé entre les différentes protections visées.

Vous avez l'obligation de fournir tous les renseignements sur le(s) contrat(s) d'assurance pour l'ensemble des unités d'affaires de l'entité juridique.

Une fois l'annexe B complétée, veuillez retourner à la section 5 du formulaire.

## ANNEXE C

Vous utilisez l'annexe C, si l'unité ou les unités d'affaires qui ont débuté leurs activités de mise en service après le 1<sup>er</sup> avril 2019

Vous devez compléter l'annexe C pour **chaque contrat** de l'entité souscrivant à des protections d'assurance se rapportant à l'assurance des biens, à l'assurance de responsabilité civile générale ou professionnelle ainsi qu'à l'assurance de responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants auprès d'un assureur privé.

**Veillez compléter le tableau ci-dessous**

Contrat d'assurance			
Nom de l'assureur privé :			
No du contrat :			
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	
Unité d'affaires :		Nombre de places :	

	<b>Dommages aux biens</b>	<b>Responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants</b>	<b>Responsabilité civile générale ou professionnelle</b>
	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ
La période du premier contrat d'assurance en vigueur (i)			
Montant de la première prime d'assurance payée			
(incluant la taxe d'assurance de 9 %)			
	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ / AAAA-MM-JJ
La période d'entrée en vigueur du renouvellement de contrat d'assurance			
Montant du renouvellement de la prime annuelle d'assurance payée ou à payer (incluant la taxe d'assurance de 9 %)			

- (i) Pour une entité qui n'était pas dans les affaires avant le 1<sup>er</sup> avril 2019, l'année de référence commence le jour de l'entrée en vigueur de la première police d'assurance constituant une dépense admissible.

Veillez noter que pour les activités de l'entité, les dépenses admissibles se rapportent à l'assurance des dommages aux biens, à l'assurance de responsabilité civile générale ou professionnelle ainsi qu'à l'assurance de responsabilité civile de ses administrateurs et dirigeants dans le cadre des fonctions de ces derniers. De plus, la partie admissible de l'augmentation des primes d'assurance de l'année courante par rapport aux primes de l'année de référence sont pour des protections similaires ou, le cas échéant, pour la couverture requise eu égard à la situation de l'entité si celle-ci a changé.

Exemple :

La première souscription à des protections d'assurance de l'entreprise ABC est pour la période du 15 janvier 2020 au 15 janvier 2021. La prime payée s'élevait à 2 500 \$. Pour la période du 15 janvier 2022 au 15 janvier 2023, la prime payée pour des protections similaires s'élève à 10 000 \$.

- La période du premier contrat d'assurance en vigueur est du 15 janvier 2020 au 15 janvier 2021 – dans ce cas de figure, l'année de référence est 2020-2021 ;
- La prime annuelle d'assurance pour l'assurance qui était en vigueur au cours de la période de référence est de 2 500 \$ incluant la taxe d'assurance de 9 %. Le montant de la prime doit être ventilé entre les différentes protections visées ;
- La période d'entrée en vigueur du renouvellement de la prime d'assurance à compter du 1<sup>er</sup> avril 2021 est le 15 janvier 2022 au 15 janvier 2023 ;
- La prime annuelle d'assurance pour la période du 15 janvier 2022 au 15 janvier 2023 est de 10 000 \$ incluant la taxe d'assurance de 9 %. Le montant de la prime doit être ventilé entre les différentes protections visées.

Vous avez l'obligation de fournir tous les renseignements sur le(s) contrat(s) d'assurance pour l'ensemble des unités d'affaires de l'entité juridique

Une fois l'annexe C complétée, veuillez retourner à la section 5 du formulaire

### **Documents à fournir avec votre demande d'aide financière**

- Le formulaire de demande signé par le représentant dûment autorisé ;
- L'annexe A si votre entité juridique possède plus d'une unité d'affaires ;
- L'annexe B si votre unité d'affaires était en service avant le 1<sup>er</sup> avril 2019.  
Vous devez joindre une annexe B par contrat d'assurance ;
- L'annexe C si votre unité d'affaires était en service après le 1<sup>er</sup> avril 2019.  
Vous devez joindre une annexe C par contrat d'assurance ;
- Les factures détaillant le coût des primes d'assurance admissibles pour l'année de référence ;
- Les factures détaillant le coût des primes d'assurance admissibles pour l'année courante ;
- Les factures détaillant le coût des primes d'assurance admissibles pour l'année courante de l'unité d'affaires qui n'était pas en service avant avril 1<sup>er</sup> 2019 ;
- Les factures détaillant le coût des primes d'assurance admissibles pour l'année de référence de l'unité d'affaires qui n'était pas en service avant 1<sup>er</sup> avril 2019 ;

- La preuve du paiement des primes d'assurance admissibles pour l'année de référence (copie du chèque, avis de paiement) ;
- La preuve de paiement des primes d'assurance admissibles pour l'année en cours dès qu'elles ont été totalement acquittées (voir note)

Note : Ce document pourra être transmis à une date ultérieure.

Documentation à fournir par une **RPA / RPA OBNL**

- Une copie du certificat de conformité valide plus de six mois à compter de la date de réception de la demande ou une copie de l'attestation temporaire valide ;
- Si le certificat expire dans les six mois suivants la présentation de la demande ou s'il a expiré, une preuve que le processus de renouvellement du certificat est en cours (à titre d'exemple : RDV avec Agrément Canada) ;
- Une preuve du statut d'OBNL pour une RPA qui a ce statut (joindre une copie du registre des entreprises) ;
- Une preuve d'assurance en responsabilité civile pour couvrir les risques inhérents à son offre de services au cours de l'année de référence.

Documentation à fournir par un **CHSLD PC** et **CHSLD PNC** ainsi que l'**hôpital de réadaptation PC**

- Une preuve du permis d'exploitation valide, si disponible. Sinon fournir le numéro de permis d'exploitation ;
- Une preuve d'assurance en responsabilité civile pour couvrir les risques inhérents à son offre de services au cours de l'année de référence.

Documentation à fournir par l'**EÉSAD**

- Une preuve de reconnaissance aux fins du PEFSAD ;
- Une preuve d'assurance en responsabilité civile pour couvrir les risques inhérents à son offre de services au cours de l'année de référence.

Documentation à fournir par la **RI-SAPA**

- Une copie de la section de l'entente intervenue avec un établissement de santé et de services sociaux ou reconnaissance par le MSSS, selon le cas et qui comprend la signature des parties prenantes de l'entente ;
  
- Une preuve d'assurance en biens ou en responsabilité civile pour couvrir les risques inhérents aux activités de son entreprise au cours de l'année de référence.