



Première demande (Avis de cotisation 2018-2019)

Section 1 Identification de la personne physique			
M. <input type="checkbox"/>	Mike	Tremblay	
Mme <input type="checkbox"/>			
Prénom		Nom	
Adresse			
Votre Adresse (No, rue, appartement)			
Ville	Province	Région	Code Postal
( ) -	( ) -	( ) -	
Téléphone-Domicile	Cellulaire	Téléavertisseur	
Adresse de correspondance (Casier postale)			La même ci-haut <input type="checkbox"/>
Votre Adresse de correspondance (No, rue, appartement)			
Ville	Province	Région	Code Postal
AAAA-MM-JJ			
Date de Naissance	Adresse Électronique		
Domaine de pratique			
Fonction principale (Titre d'emploi) : _____			
Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) : _____			
Quel est votre salaire annuellement (brut) :			
5 000\$ à 10 000\$ <input type="checkbox"/> 10 000\$ à 20 000\$ <input type="checkbox"/> 20 000\$ à 40 000\$ <input type="checkbox"/> 40 000\$ et plus <input type="checkbox"/>			
Depuis combien d'années, vous avez travaillé comme PAB ? : _____			
Section 2 Employeur actuel ou le plus récent (Emploi principal)			
Établissements Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/>			
CH <input type="checkbox"/> CHSLD public <input type="checkbox"/> CHSLD semi-privé <input type="checkbox"/> CHSLD privé non conventionné <input type="checkbox"/>			
CLSC <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Entreprise économie sociale <input type="checkbox"/>			
Résidence pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Ressources Intermédiaires (RI) <input type="checkbox"/> Agences de placement <input type="checkbox"/>			
Santé mentale/psychiatrie <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et de fin de vie <input type="checkbox"/>			
Autres <input type="checkbox"/> (Décrire brièvement) : _____			
Nom de l'Établissement		Nom du Directeur Général	
Adresse de l'Établissement			
Ville	Région	Code Postal	
( ) -	( ) -		
Téléphone	Télocopieur	Adresse Électronique	
			( ) -
Nom des Ressources Humaines			Téléphone
Type d'emploi : Travail autonome <input type="checkbox"/> Emploi salarié <input type="checkbox"/>			
Situation d'emploi : Permanent temps complet (TCR) <input type="checkbox"/> Permanent temps partiel (TPR) <input type="checkbox"/>			
Occasionnel temps partiel (TPO) <input type="checkbox"/>			

### Section 3 Employeur secondaire (Deuxième Emploi)

Établissements		Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	Soins à domicile <input type="checkbox"/>
CH <input type="checkbox"/> CHSLD public <input type="checkbox"/> CHSLD semi-privé <input type="checkbox"/> CHSLD privé non conventionné <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Entreprise économie sociale <input type="checkbox"/> Résidence pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Ressources Intermédiaires (RI) <input type="checkbox"/> Agences de placement <input type="checkbox"/> Santé mentale/psychiatrie <input type="checkbox"/> Soins palliatifs et de fin de vie <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (Décrire brièvement) : _____				
Nom de l'Établissement		Nom du Directeur Général		
Adresse de l'Établissement				
Ville		Région	Code Postal	
( ) -	( ) -			
Téléphone	Télexcopieur	Adresse Électronique		
Nom des Ressources Humaines		Téléphone		
Type d'emploi : Travail autonome <input type="checkbox"/> Emploi salarié <input type="checkbox"/> Situation d'emploi : Permanent temps complet (TCR) <input type="checkbox"/> Permanent temps partiel (TPR) <input type="checkbox"/> Occasionnel temps partiel (TPO) <input type="checkbox"/> Fonction principale (Titre d'emploi) : _____				

### Section 4 Formation

Scolarité : Encercler la dernière année réussie Primaire ○ <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table> Secondaire ○ <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Centre de formation professionnelle <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Autres : _____ Nom du programme : _____ NBR heures de formation : _____ heures	
1	2	3	4	5	6									
1	2	3	4	5										
Nom du centre de formation														
Adresse du centre de formation		Ville	Province	Code postal										
Téléphone	Courriel		Site internet											
Activité de Formation continue (1 janvier 2017 au 31 décembre 2017) Aucune <input type="checkbox"/>														
Descriptif (Nom de la formation continue)	Nom du formateur	Nbr Heure	Abandon	En cours	Réussi									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Avez-vous une carte à jour de votre : PDSB * <input type="checkbox"/> oui : date expiration de la carte : _____ <input type="checkbox"/> non (*Mise à jour aux 3 ans) RCR <input type="checkbox"/> oui : date expiration de la carte : _____ <input type="checkbox"/> non														

### Section 5 Décision judiciaire, disciplinaire ou pénale

Tout(e) préposé(e) doit informer la FPBQ, d'une sanction (avis) disciplinaire (Employeur), qu'il (elle) a été déclaré(e) coupable d'une infraction disciplinaire, usurpation, criminelle, ou pénale au Canada ou à l'étranger. Avez-vous été déclaré(e) coupable de l'une ou l'autre des infractions suivantes dont vous n'auriez pas déjà informé la Corporation ? À moins d'avoir obtenu un pardon, avez-vous déjà été reconnu coupable, en quelque lieu que ce soit. D'une infraction disciplinaire, criminelle ou pénale ?

Descriptif	Oui	Non	Si oui (spécifiez) :	ANNÉE :
Avis disciplinaire de votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infraction pénale relative à l'usurpation à l'exercice illégal d'une profession (Titre réservé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infraction criminelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infraction pénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

#### DÉCLARATION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Faites-vous présentement l'objet de poursuites de nature disciplinaire, criminelle ou pénale ? Non  Oui  (Spécifiez)

Spécifiez :

### Section 6 Déclaration et signature de la personne physique

Je, soussigné, atteste que les renseignements et les documents fournis dans cette demande d'inscription au registre à la FPBQ sont vrais, exacts, véridiques et complets. Je fais cette déclaration, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de la *Loi sur la preuve au Canada* (art. 41). J'autorise la FPBQ à vérifier les renseignements et les documents fournis. Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront utilisés à des fins de contrôle de l'exercice de la profession et de protection du public.

Le personnel autorisé de la Fédération traite confidentiellement les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables. La Fédération les communique à ses mandataires, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent aussi servir à des fins de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé.

Si un renseignement contenu dans la présente déclaration vous apparaît inexact, incomplet ou équivoque, veuillez le rectifier en communiquant avec le bureau de la FPBQ.

Signature de la personne

Signé en date du

### Section 7 Frais d'admission et cotisation annuelle

Cotisation: 150\$/ an (CAN.)

Modes de paiement

En un seul paiement par chèque personnel  mandat- poste

**Carte de membre valide à date fixe du 01 avril 2018 au 31 mars 2019**

Reçu sera émis lors du paiement global et/ou au paiement total dû.

Inclure le paiement des droits, aucun argent comptant n'est accepté.

Chèque retourné : des frais administratifs de 40\$ seront exigés pour tout chèque retourné par une institution financière (Transaction sans provision).

Remboursement : Aucun remboursement de la cotisation n'est accordé.

Chèque à l'ordre de :

FPBQ

CP 211

Lévis, Qc, G6V 6N8

(418) 835-2338

### Section 8 Éléments complémentaires

**Avis important : En cas d'entente avec le gouvernement du Québec dans un processus de reconnaissance, la contribution, ci-haut appelée cotisation, sera ajustée selon les nouvelles modalités, la différence sera établie selon un nouveau calcul comptable que vous devrez à ce moment acquitter. Le coût de l'adhésion 2018-2019 est assujéti à changements sans préavis. De plus, dès cette année, toutes les adhésions futures seront considérées à date fixe, du 1 avril au 31 mars de chaque année, et ce peut importe le mois d'inscription du formulaire initial.**

Merci de votre collaboration, la direction de la FPBQ

Conformément à la nouvelle loi canadienne anti-pourriel, je consens expressément à recevoir, par courriel, les communications, informations, de la FPBQ. **(En tout temps, vous pouvez retirer l'un ou l'autre de ces consentements, en vous adressant au bureau FPBQ, téléphone 418-835-2338).** Veuillez noter que si vous ne consentez pas à la réception de messages à caractère commercial, la Corporation pourra tout de même continuer à vous transmettre toute communication informative, notamment liée à la protection du public ou concernant vos obligations en tant que titulaire de permis.



Première demande (Avis de cotisation 2018-2019)

Section 9 À l'usage de la FPBQ (Ne rien écrire)	
2015-04 FPBQ	À l'usage de la FPBQ
No. de Membre : _____	
Approuvé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/> Motif : _____
Reçu le :	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>
Expédié le :	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>

AIDE MÉMOIRE	
<b>L'omission de remplir toutes les sections de ce formulaire pourra entraîner un retard important dans le traitement de votre demande.</b>	
<input type="checkbox"/>	Le requérant doit <b>lisiblement</b> remplir le formulaire à l'encre bleue et en caractères d'impression ;
<input type="checkbox"/>	Inclure le paiement des droits, aucun argent comptant n'est accepté, seulement par mandat-poste ou chèque seulement ;
<input type="checkbox"/>	Devez fournir une copie couleur de votre permis de conduire émis par la SAAQ et une copie couleur de votre carte d'assurance-maladie du Québec RAMQ; (En l'absence de l'un ou l'autre des cartes, vous devez fournir une copie couleur du certificat de naissance du requérant émis par le directeur de l'état civil du Québec ou par l'autorité provinciale d'une province Canadienne)
<input type="checkbox"/>	Si le requérant est né à l'extérieur du Canada, trois pièces d'identité copie couleur valides parmi les suivantes : permis de conduire émis par la SAAQ, carte d'assurance-maladie du Québec RAMQ, passeport, certificat(cartre) de citoyenneté canadienne, carte de résidence permanente, permis de travail, attestation du demandeur d'asile ou une copie conforme de Immigration Canada de toute autre pièce d'identité de votre pays d'origine;
<input type="checkbox"/>	<p>Copie couleur de documents attestant que vous répondez aux exigences de formation et/ou d'équivalence : diplôme d'études professionnelles (DEP) (630h, 750h, 870h) reconnue par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ou attestation d'études collégiales (AÉC) en gérontologie.</p> <p>En l'absence de diplôme reconnu par le MELS, joindre copie couleur de votre certificat, attestation maison, accompagnée d'une attestation de votre (vos) employeur(s) actuel(s) et antérieur(s) (Déf : L'attestation d'emploi est une attestation délivrée par l'employeur à un salarié, sur sa demande, permettant d'établir officiellement, vis-à-vis des tiers, que le salarié est bien employé par l'entreprise.)</p> <p>Sans diplôme, vous devrez démontrer votre pratique en joignant une attestation de votre (vos) employeur(s) actuel(s) et antérieur(s) confirmant vos années d'expérience (incluant les années de services continues) ou vos T4 et les fonctions exercées;</p>
<input type="checkbox"/>	Copie de vos formations continues
<input type="checkbox"/>	Devez joindre une copie couleur de vos cartes RCR et PDSB ;
<input type="checkbox"/>	Copie de toutes attestations spécifiques visant l'application des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et l'administration des médicaments (articles 39.7 et 39.8 du Code des professions (chapitre C-26);