

Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs

Formule de demande de subvention pour poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français

Afin d'inciter des infirmières et des infirmiers à travailler dans un établissement bilingue ou francophone reconnu ou à participer à un programme bilingue ou français reconnu, le Fonds appui l'octroi de subventions aux infirmières ou aux infirmiers admissibles en échange d'une promesse de service.

FAQ

Qui peut présenter une demande de subvention et quelles sont les exigences?

- Les infirmières et les infirmiers (inf. aut., inf. aut. (champ d'exercice élargi), inf. psy. aut., inf. aux. aut.) en possession d'une autorisation d'exercer valide et en vigueur. Les infirmiers et les infirmières récemment diplômés doivent fournir une approbation de leur Ordre respectif certifiant qu'ils ou elles ont le droit d'exercer leur profession.
- Les infirmières et les infirmiers doivent avoir été récemment engagés pour occuper un poste où le bilinguisme ou l'obligation de maîtriser français est un critère d'embauche et ne pas avoir occupé un poste semblable au cours des six derniers mois.
- Les infirmières et les infirmiers doivent avoir un poste permanent ou à durée déterminée (à équivalent temps plein de 0,6 ou plus) d'au moins un an comme fournisseur de soins directs dans un établissement agréé. *Les postes temporaires ou à durée indéterminée ne sont pas admissibles.*
- Les établissements agréés sont ceux bilingues ou offrant des programmes bilingues reconnus au Manitoba. *Les organismes privés à but lucratif ne sont pas admissibles.*
- Les infirmières et les infirmiers doivent accepter une promesse de service de 12 mois et respecter les conditions qui s'y rattachent.
- Il est possible d'obtenir une subvention pour poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français en même temps qu'une autre aide du Fonds, comme une subvention conditionnelle, une subvention d'incitation au travail en foyer de soins personnels ou une aide au déménagement. *Les périodes de service à fournir en échange de toute combinaison d'aide devront cependant être consécutives.*

Qui peut signer l'attestation et le consentement de l'employeur (Section F)?

- Ressources humaines
- Gestionnaire ou superviseur des soins infirmiers (les infirmières et infirmiers ne peuvent signer en leur propre nom)

Quelle est la durée du processus de traitement des demandes?

- Vous recevrez une réponse de notre bureau dans les 4 à 6 semaines suivant la réception de votre demande. Pour assurer la confidentialité, nous ne discutons pas des décisions relatives à votre demande au téléphone.

Comment les demandes doivent-elles parvenir à votre bureau?

- *Seules les demandes envoyées par la poste à l'adresse précisée sur la formule sont acceptées. Les demandes dûment remplies transmises par télécopieur ou déposées sont refusées.*

Qu'arrive-t-il si je déménage pendant la durée de ma convention de service?

- Si vos coordonnées changent pendant la durée de votre convention de service, vous devez en aviser les responsables du Fonds par courriel ou par la poste.

Qu'arrive-t-il si ma situation d'emploi actuelle ne me satisfait pas et que je veux changer d'employeur ou avoir un nouveau poste dans le même établissement/région?

- La politique prévoit ce qui suit :
6.2.7 *Les demandeurs qui changent d'employeur avant la fin des 12 mois de service promis tout en restant admissibles à la subvention doivent envoyer une promesse de service révisée signée par leur nouvel employeur. Ils doivent terminer leurs 12 mois de service auprès de leur nouvel employeur.*

Plus de détails se trouvent dans la politique de subvention pour poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français :

Insérer l'adresse du site Web ici

✓ LISTE

***Assurez-vous d'inclure des copies des documents requis. Les demandes incomplètes ne seront pas examinées, ce qui aura pour effet de retarder leur traitement.**

Section A

Section B

Section C

Section D

Section E

Section F

Copie du numéro d'attestation du collègue (lettre d'attestation ou carte du CRNM, du CLPNM ou du CRPNM)

Copie de la lettre d'emploi officielle

NOTA – Attachez les formules ensemble. Si vous faites plus qu'une demande de subvention, vous devez inclure des copies de l'attestation et de la lettre d'emploi dans chaque demande.

Formule de demande

SUBVENTION POUR POSTE D'INFIRMIÈRE OU D'INFIRMIER BILINGUE OU EXIGEANT LA MAÎTRISE DU FRANÇAIS

Les formulaires de demande originales dûment remplies **doivent être postés** au :

COORDONNATEUR
FONDS POUR LE RECRUTEMENT DE PERSONNEL INFIRMIER ET LE MAINTIEN DES EFFECTIFS
300, RUE CARLTON, BUREAU 1054
WINNIPEG (MAN.) R3B 3M9

**Les demandes déposées au bureau de la sécurité de Santé Manitoba ne seront pas acceptées.*

SECTION A

Nom :		Prénom :	
Adresse postale au Manitoba : Adresse (n° d'appartement s'il y a lieu) :		Second prénom (s'il y a lieu) :	
Case postale (s'il y a lieu) :		Courriel :	
Localité :		Code postal :	
- Numéros de téléphone -			
Domicile : (204) -		Travail : (204) -	
		Cellulaire : (204) -	
<input type="checkbox"/> Cochez (✓) si l'adresse permanente est la même que l'adresse postale. Sinon, remplissez les espaces ci-dessous :			
Adresse (n° d'appartement s'il y a lieu) :		Case postale (s'il y a lieu) :	
Localité :		Code postal :	

SECTION B

***VEUILLEZ ANNEXER UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION/PERMIS DU MANITOBA** et de votre **LETTRÉ D'EMPLOI**
Pour chaque subvention (si vous cherchez à obtenir d'autres subventions).

Catégorie de personnel infirmier : (cochez la case appropriée) :

- Infirmière autorisée ou infirmier autorisé → Diplômé(e)?
- Infirmière autorisée ou infirmier autorisé (champ d'exercice élargi) ou infirmière praticienne ou infirmier praticien
- Infirmière psychiatrique autorisée ou infirmier psychiatrique autorisé
→ Diplômé(e)?
- Infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé → Diplômé(e)?

Photocopie de l'attestation/permis annexée (cochez la case appropriée)

- Oui Non. Dans la négative, veuillez expliquer :

PERMIS N° :

Si vous êtes DIPLOMÉ(E), indiquez la date prévue d'obtention de l'attestation ou du permis :

*Avez-vous déjà présenté une demande pour obtenir une autre subvention provenant du Fonds?
Si c'est le cas, indiquez laquelle et quand :*

SUBVENTION : _____

DATE DE LA DEMANDE/OBTENTION : _____

SECTION C

Où avez-vous entendu parler du Fonds? (Cochez la case appropriée en donnant des précisions s'il y a lieu)

<input type="checkbox"/> Salon de l'emploi :	<input type="checkbox"/> Employeur :	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Internet :	<input type="checkbox"/> Publicité ou publication :	
Quel établissement d'enseignement avez-vous fréquenté au Manitoba?		
À quelle date avez-vous obtenu votre diplôme?		(jj - m m m - a a)
À quelle date avez-vous obtenu votre attestation initiale du CRNM/CLPNM/CRPNM?		(jj - m m m - a a)
Avez-vous déjà occupé un emploi en sciences infirmières , dans un poste où le bilinguisme ou l'obligation de maîtriser le français était un critère d'embauche ? Si c'est le cas, inscrivez ci-dessous le nom de l'employeur, le domaine des soins infirmiers, la date de début et de fin d'emploi et la durée de l'emploi en mois.		
NOM DE L'EMPLOYEUR/ÉTABLISSEMENT/RÉGION :		DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI :
		DATE DE FIN D'EMPLOI :
DOMAINE DES SOINS INFIRMIERS :		NOMBRE DE MOIS TRAVAILLÉS :

SECTION D – EMPLOI AU MANITOBA

Nom de l'employeur ou de l'organisme :		Adresse de l'employeur : Case postale (s'il y a lieu), adresse, localité	
Votre poste : (p. ex. Acute Care)	Service :	N° de téléphone :	(facultatif) Courriel de l'employeur :

SECTION E – ATTESTATION ET CONSENTEMENT DE L'EMPLOYÉ(E)

J'ATTESTE QUE :

- je n'ai pas manqué à mon engagement envers tout autre programme ou mesure incitative relevant du Fonds;
- je viens d'être engagé(e) pour occuper un poste où le bilinguisme ou l'obligation de maîtriser français est un critère d'embauche et je n'ai pas occupé un poste semblable au cours des six derniers mois;
- les renseignements que j'ai fournis sur cette formule sont complets et véridiques et je comprends que tout manquement à cet égard risque de me rendre inadmissible à obtenir de l'aide dans l'avenir;
- je sais que si je change de poste ou d'employeur pendant la durée de ma convention de service, je dois remplir une convention de service révisée puis compléter le temps qu'il me reste en vertu de cette convention.

J'ai lu et compris la **Politique de subvention pour poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français**.

Apposez vos initiales ici :

J'exerce ma profession d'infirmière ou d'infirmier au Manitoba de façon continue depuis le (DATE) _____ et je compte continuer de l'exercer au Manitoba dans un poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français approuvé **pour au moins 12 mois à compter de cette date à un ETP de 0,6 ou plus.**

*Si je n'exerce pas ma profession d'infirmière ou d'infirmier au Manitoba pendant **les 12 mois en entier à un ETP de 0,6 ou plus** :*

1. je consens à indiquer par écrit aux responsables du Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs à quel jour je quitterai mon emploi à la suite de ma démission ou de mon renvoi;
2. je consens à rembourser toute mon aide au déménagement (calculée au prorata) au Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs.

JE SAIS QUE JE DOIS OCCUPER UN EMPLOI CONTINU PENDANT UNE PÉRIODE DE 12 MOIS. LE MANITOBA PEUT CHOISIR DE PROLONGER LA DURÉE DE L'EMPLOI POUR TERMINER LE MANDAT DE 12 MOIS OU D'ACCORDER DES CONGÉS TEMPORAIRES EN CAS DE GROSSESSE OU DE MALADIE. LES RESPONSABLES DU FONDS EXAMINERONT CHAQUE DEMANDE INDIVIDUELLEMENT ET LEUR DÉCISION EST DÉFINITIVE. SI MES COORDONNÉES OU LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MON EMPLOI CHANGENT, LES RESPONSABLES DU FONDS EN SERONT AVISÉS AUSSITÔT.



X

DATE

SIGNATURE DE LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE

SECTION F – ATTESTATION ET CONSENTEMENT DE L'EMPLOYEUR

Formule de demande

SUBVENTION POUR POSTE D'INFIRMIÈRE OU D'INFIRMIER BILINGUE OU EXIGEANT LA MAÎTRISE DU FRANÇAIS

NOUS CERTIFIONS QUE :

1. (NOM DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER) _____ occupe un poste de

(CATÉGORIE D'INFIRMIÈRE) _____ depuis le (DATE) _____ à un ETP de _____ au sein de notre organisme.
2. Nous prévoyons employer cette personne **pendant au moins 12 mois** à un ETP de 0,6 ou plus, qui occupera un poste permanent ou à durée déterminée pour lequel nous n'avons pu obtenir les services d'aucun autre employé qualifié.
3. Cette personne a été recrutée _____
(P. EX., ÉTABLISSEMENT, EMPLOYEUR, SALON DE CARRIÈRE)

NOUS NOUS ENGAGEONS, AU CAS OÙ CETTE PERSONNE QUITTAIT SON EMPLOI AVANT D'AVOIR TERMINÉ UNE ANNÉE D'EMPLOI COMPLÈTE À UN ETP DE 0,6 OU PLUS, À AVISER PAR ÉCRIT* LES RESPONSABLES DU FONDS DÈS QUE LA DATE DE CESSATION D'EMPLOI DE LA PERSONNE SERA FIXÉE.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR ET NOM EN LETTRE MOULÉES : **X** _____

DATE : _____

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : _____

POSTE OCCUPÉ PAR L'EMPLOYEUR : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

N° DE TÉL. : _____

ORS : _____

COURRIEL : _____

*Note aux employeurs : Vous pouvez télécharger une [Notification de l'employeur en cas de convention de service incomplète – Subvention pour poste d'infirmière ou d'infirmier bilingue ou exigeant la maîtrise du français](#) à partir du site Web du Fonds, au insérer le lien ici.