

Demande de bourse pour l'attestation d'études professionnelles
en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé

IDENTIFICATION DU CANDIDAT				
Nom	Prénom	année	Date de naissance mois	jour
Lieu de naissance (ville)	Province	Pays		
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Numéro d'assurance sociale			
SITUATION DU CANDIDAT				
Citoyenneté canadienne Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Statut de résident permanent Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quand?	Domicilié(e) au Canada depuis quand?	Domicilié(e) au Québec depuis quand?
1. Adresse permanente (avec code postal) :			Téléphone	
2. Adresse courriel personnelle (obligatoire) :				
PÉRIODE VISÉE				
Je, soussigné(e), déclare faire au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une demande de bourse d'études l'AEP :				
<p><u>Engagement à fournir des services</u></p> <p>Si j'obtiens la bourse demandée, je m'engage à obtenir l'attestation d'études professionnelles (AEP) en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé requise. Je m'engage également à offrir une disponibilité conforme aux dispositions locales et adaptée au besoin de l'employeur m'ayant parrainé, pour un minimum d'un an, et ce, dès la fin de mes études requises pour l'obtention de l'AEP et pour lesquelles j'ai reçu la bourse</p> <p>Si j'abandonne ou échoue mes études, je m'engage à en aviser l'établissement de santé et de services sociaux ou l'établissement privé conventionné dans un délai maximum de 30 jours suivant l'abandon ou l'échec de mes études. Dans un tel cas, je m'engage également à rembourser le montant total de la bourse reçue à l'établissement de santé et de services sociaux ou à l'établissement privé conventionné. Si je manque à mon engagement d'un an ou si je ne le respecte pas jusqu'à la fin du délai d'un an prévu, je m'engage à aviser l'établissement de santé et de services sociaux ou l'établissement privé conventionné de ma décision dans un délai maximum de 30 jours suivant celle-ci. Dans un tel cas, je m'engage également à rembourser à l'établissement de santé et de services sociaux ou à l'établissement privé conventionné, selon le cas, le montant total de la bourse reçue ou le montant établi au prorata du temps que j'aurai travaillé.</p> <p>Si je ne peux pas rembourser les sommes dues en un seul versement, je m'engage à contacter l'établissement de santé et de services sociaux ou l'établissement privé conventionné afin de convenir d'une entente pour répartir le montant à rembourser jusqu'à ce que la somme due soit remboursée en totalité.</p> <p><u>Autorisation pour la communication de renseignements personnels</u></p> <p>J'autorise le MSSS et l'établissement de santé et de services sociaux ou l'établissement privé conventionné, pour toute la durée de ma formation et de mon engagement d'un an, à se transmettre les renseignements personnels qui me concernent et dont la communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application et au respect de cet engagement. Aussi, j'autorise le MSSS à communiquer ces renseignements avec ses partenaires des différents ministères le cas échéant.</p> <p><u>Changement d'adresse</u></p> <p>Je m'engage à aviser le MSSS, dans les 30 jours, de tout changement d'adresse, et ce, depuis la signature du formulaire jusqu'à la fin de mon engagement.</p>				
Fait à _____, le _____				
(ville) (date)				
Signature du candidat(e) : _____				
Fait à _____, le _____				
(ville) (date)				
Nom de l'établissement de santé et de services sociaux : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal				
Signature du représentant(e) de l'établissement de santé et de services sociaux : _____				

Considérant la demande de bourse que vous déclarez avoir faite, l'établissement de santé et de services sociaux prend acte de cet engagement et le transmettra par courriel à la Direction de la planification de la main-d'œuvre - Ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse électronique suivante : programmes_bourses@msss.gouv.qc.ca