|  |
| --- |
| **Demande de bourse pour certains professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux en régions éloignées** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE LA RÉGION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bas St-Laurent (01)  Abitibi-Témiscamingue (08)  Côte-Nord (09)  Nord-du-Québec (10)  Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICATION DU CANDIDAT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | | | Prénom | | | | | | | | | | | | Date de naissance  année mois jour | | |
| Lieu de naissance (ville) | | | | | | | Province | | | | | | | | | | | | Pays | | |
| Sexe  M  F | | | | | | | | | | | | Numéro d’assurance sociale | | | | | | | | | |
| **SITUATION DU CANDIDAT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citoyenneté  canadienne  Oui  Non | | | | Statut de résident permanent  Oui  Non | | | | | | Si oui, depuis quand? | | | | | | | Domicilié(e) au Canada depuis quand? | | | | Domicilié(e) au Québec depuis quand? |
| 1. Adresse permanente (avec code postal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone | |
| 1. Adresse pendant votre stage (avec code postal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | |
| 3.1. Adresse courriel personnelle **(obligatoire)** :  3.2. Adresse courriel universitaire: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PÉRIODE VISÉE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je, soussigné(e), déclare faire au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une demande de bourse d’études pour: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 an (20   -20  ) | | | | | 2 ans (20   -20  ) | | | Programme d’études visé : | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Engagement à fournir des services**  Si j’obtiens la bourse demandée, je m’engage à fournir, au terme de mes études, **trois (3) années** de service à **temps complet**, à œuvrer dans mon domaine d’études, **dans l’établissement de santé et de services sociaux du Québec par lequel j’ai été parrainé(e**).  **Si j’abandonne mes études ou si je manque à mon engagement**, je m’engage à **aviser le MSSS dans les 30 jours** suivants l’abandon de mes études ou le manquement à mon engagement**.** Je m’engage également **à rembourser au MSSS** **le montant total de la bourse reçue ou la partie de ce montant** calculée proportionnellement au temps où je n’aurai pas fourni les services pour lesquels je me suis engagé(e), plus les intérêts, lesquels seront alors calculés à partir de la date de l’abandon ou du manquement à mon engagement. Le taux d’intérêt applicable sera égal au taux fixé en vertu de l’article 28 de la Loi sur le ministère du Revenu du Québec (L.R.Q., c. M-31). Si je ne peux pas rembourser les sommes dues en un seul versement, je dois contacter le MSSS afin d’établir une entente pour répartir le montant à rembourser jusqu’à ce que la somme due, y compris les intérêts, soit remboursée en totalité.  **Autorisation pour l’échange de renseignements**  J’autorise, pour la durée de mon engagement, le MSSS et l’établissement de santé à s’échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire à l’évaluation, à l’application et au respect de cet engagement.  **Changement d’adresse**  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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fait à |  | | | | | | | | | | , le | |  | | | | | | | | |
|  | (ville) | | | | | | | | | |  | | (date) | | | | | | | | |
| **Signature du candidat(e) :** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fait à |  | | | | | | | | | | , le | |  | | | | | | | | |
|  | (ville) | | | | | | | | | |  | | (date) | | | | | | | | |
| Nom de l’établissement de santé et de services sociaux : | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Signature du représentant(e) de l’établissement de santé et de services sociaux:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signé à |  | | | | | | | | | | , le | | | |  | | | | | | |
|  | (ville) | | | | | | | | | |  | | | (date) | | | | | | | |
| **Signature du fonctionnaire autorisé :** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Considérant la demande de bourse que vous déclarez avoir faite, l’établissement prend acte de cet engagement et le transmettra à la :  Direction de la planification de la main-d’œuvre salariée et médicale et du soutien au changement  Ministère de la Santé et des Services sociaux  Programme de bourses  3700, rue Berri, 1er étage  Montréal (Québec) H2L 4G9  Ministère de la Santé et des Services sociaux   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |