Les bourses d'études de la fondation des SÉNATEURS D'OTTAWA

Formulaire de demande à compléter

UN PROGRAMME DE LA FONDATION SANTÉ GATINEAU

Critères d'admissibilité pour le programme de bourses d'études de la Fondation des Sénateurs d'Ottawa

Pour que les membres du comité de sélection procèdent à l'analyse d'un dossier, le candidat doit satisfaire tous les critères d'admissibilité suivants :

1. Avoir 16 ans et plus.
2. Demeurer dans la région 07 depuis au moins 5 ans.
3. Avoir reçu un diagnostic de maladie mentale établi par un psychiatre du CSSS de Gatineau ou un psychiatre affilié.
4. Être suivi régulièrement par une des personnes ressources suivantes :
    - Psychiatre
    - Psychologue
    - Médecins
    - Éducateur (trice)
    - Ergothérapeute
    - Conseiller (ère) en orientation
    - Psychoéducateur (trice)
    - Travailleur (euse) social (e)
    - Autre intervenant en santé mentale
5. Avoir un projet sérieux de retour aux études.
6. Avoir préalablement fait une demande ou accepter de faire une demande de prêts et bourses au Ministère de l'Éducation du Québec.
7. Remplir le formulaire « demande de bourses d'études » et le faire parvenir à la Fondation Santé Gatineau.
8. Remplir le formulaire « Autorisation de divulgation de renseignements contenus dans le dossier médical » et le faire parvenir à la Fondation Santé Gatineau.
9. Faire parvenir les documents requis au moins 2 semaines avant la tenue des rencontres du comité de sélection. Le comité de sélection se réunit 3 fois par année :
    - 1ère semaine d'octobre
    - 1ère semaine de février
    - 1ère semaine de mai

Faire parvenir le formulaire complété:

Par la poste au:
Comité de bourses d'études
Fondation Santé Gatineau
20, rue Pharand
Gatineau (Québec) J8Y 1W7

Par courriel:
jean_bernier@ssss.gouv.qc.ca

Par télécopieur:
819-966-6012

Vous devez répondre à chacune des questions.

Vous devez inclure avec votre demande les documents qui vous sont demandés.

"**INTERVENANT**" *comprend toutes les catégories suivantes: médecin, psychiatre, travailleur (euse) social (e), conseiller (ère) en orientation, psychoéducateur (trice), ergothérapeute et autre (avec spécification) qui assure votre suivi.*

J'ai fait une demande de bourse d'études au Ministère de l'Éducation du Québec : oui ☐ non ☐
J'ai le statut de contrainte sévère à l'emploi : oui ☐ non ☐

1. Identification

Prénom :		
Nom :		
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin		
Date de naissance :		
Citoyenneté :		
Numéro d'assurance sociale :		
Adresse complète :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone :		
Courriel :		
Je demeure à cette adresse depuis :		
Je demeure en Outaouais depuis :		

2. Diplôme déjà obtenu

Diplôme déja obtenu (si vous avez déjà obtenu un diplôme, donnez le titre du diplôme et la date d'obtention)	
Titre du diplôme :	Année :
Titre du diplôme :	Année :
Si le diplôme a été décerné dans un pays autre que le Canada, veuillez préciser le nom du pays, la ville et le nom de l'institution.	

3. Je désire

Reprendre mes études : ☐	Réorienter ma carrière : ☐
Pour ce faire, je désire m'inscrire aux cours suivants: (*vous devez spécifier le niveau d'études auquel vous désirez vous inscrire)*	

Niveau - Secondaire	**Temps plein** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)	**Temps partiel** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)	**Par correspondance** (vous prévoyez y consacrer combien d'heures par semaine)
Secondaire 1			
Secondaire 2			
Secondaire 3			
Secondaire 4			
Secondaire 5			
Nom de l'institution:			
Donnez le détail des coûts:			
• Frais d'ouverture de dossier *(s'il y a lieu)* :			
• Frais d'inscription :			
• Frais de cours :			
• Frais pour le matériel scolaire :			

Niveau - Diplôme d'études professionnelles (DEP)	**Temps plein** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)	**Temps partiel** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)
Spécifiez le cours (ex : menuiserie, cuisine, coiffure)		
Nom de l'institution:		
Avez-vous besoin de matériel particulier (*spécifiez*) : *Si oui, vous devez fournir la liste et le coût du matériel requis par l'institution.*		
La durée du cours :		
Donnez le détail des coûts:		
• Frais d'ouverture de dossier *(s'il y a lieu)* :		
• Frais d'inscription :		
• Frais de cours :		
• Frais pour le matériel scolaire :		

Cours privé (spécifiez)	**Temps plein** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)	**Temps partiel** (inscrire le nombre d'heures de cours par semaine)
Nom de l'institution:		
Avez-vous besoin de matériel particulier (*spécifiez*) : *Si oui, vous devez fournir la liste et le coût du matériel requis par l'institution.*		
La durée du cours :		
Donnez le détail des coûts:		
• Frais d'ouverture de dossier *(s'il y a lieu)* :		
• Frais d'inscription :		
• Frais de cours :		
• Frais pour le matériel scolaire :		

Niveau - Collégial	**Temps plein** (inscrire le nombre de cours par session)	**Temps partiel** (inscrire le nombre de cours par session)	**Par correspondance** (vous prévoyez y consacrer combien d'heures par semaine)
À quel programme vous inscrivez-vous?			
Formation préuniversitaire			
Formation technique			
Formation continue AEC			
Programme d'intégration			
Nom de l'institution:			
Donnez le détail des coûts:			
• Frais d'ouverture de dossier *(s'il y a lieu)* :			
• Frais d'inscription :			
• Frais de cours :			
• Frais pour le matériel scolaire :			

Niveau - Universitaire	**Temps plein** (inscrire le nombre de cours par session)	**Temps partiel** (inscrire le nombre de cours par session)	**Par correspondance** (vous prévoyez y consacrer combien d'heures par semaine)
À quel cycle vous inscrivez-vous?			
1er cycle			
2e cycle			
3e cycle			
À quelle faculté vous inscrivez-vous?			
Nom de l'institution:			
Donnez le détail des coûts:			
• Frais d'ouverture de dossier *(s'il y a lieu)* :			
• Frais d'inscription :			
• Frais de cours :			
• Frais pour le matériel scolaire :			

4. Quelles démarches avez-vous faites par vous-même pour préparer votre retour aux études. Démontrez comment un retour aux études améliorera votre vie.

5. Sur le plan personnel

	Réponses
Cocher les critères qui vous concernent:	☐ J'ai 16 ans et plus
	☐ J'ai un diagnostic de maladie mentale établi par un psychiatre
	☐ J'ai un projet sérieux de retour aux études
J'ai un suivi par :	☐ médecin
	☐ psychiatre
	☐ travailleur social / travailleuse sociale
	☐ conseiller / conseillère en orientation
	☐ psychoéducateur / psychoéducatrice / éducateur / éducatrice
	☐ ergothérapeute
	☐ autre (*précisez*)
Quelle est la fréquence de votre suivi:	☐ hebdomadairement
	☐ mensuellement
	☐ annuellement
Nom de la personne qui assure votre suivi :	
Son numéro de téléphone :	
À quand remonte votre dernière rencontre avec elle?	

6. Votre résidence

Si vous habitez en appartement, depuis quand et est-ce que votre loyer est subventionné ou non?	
Si vous habitez chez vos parents, leur payez-vous un loyer? Si oui, combien par mois?	
Demeurez-vous en famille d'accueil? Si oui, depuis quand?	
Demeurez-vous dans une résidence appartenant au centre hospitalier? Si oui, depuis quand?	

7. Ma situation financière mensuelle

Revenus	Montant	Dépenses	Montant
Revenus bruts d'emploi		Logement (*votre part seulement*)	
Revenus d'assurance-emploi		Chauffage et électricité	
Revenus d'aide sociale		Téléphone	
Revenus d'allocations familiales		Câblodistribution	
Revenus de pension alimentaire		Nourriture	
Autres revenus (*précisez*)		Transport	
		Automobile	
		Vêtements	
		Frais médicaux et dentaires	
		Frais de garde d'enfants	
		Dépenses personnelles	
		Autres dépenses (*précisez*)	
Total:		**Total:**	
Nombre d'enfants à charge s'il y a lieu :			

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.	
J'ai signé :	Date :

Programme de bourses d'études

Autorisation de divulgation de renseignements contenus dans le dossier médical de la personne postulant pour une bourse d'études

Prénom et nom à la naissance de la personne postulante :
Nom actuellement utilisé :
Prénom et nom de la mère :
Date de naissance :
Adresse actuelle :
Numéro d'assurance maladie :
Date de naissance :

Je, soussigné-é, _____ autorise le Centre hospitalier à fournir les renseignements contenus dans mon dossier médical aux membres du comité de sélection du programme de bourses d'études.

Cette autorisation est valide pour une période **d'une année** à compter de la date de la signature de ce document.

_____ _____

Signature de la personne postulante année / mois / jour

_____ _____

Témoin à la signature année / mois / jour