|  |
| --- |
| **Demande de bourse pour études en orthoptie** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE LA RÉGION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bas St-Laurent (01)  Capitale-Nationale (03)  Estrie (05)  Montréal (06)  Côte-Nord (09) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 2 ans (2019-2021) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programme d’études visé : | | | | |  | | | | | | | | | | | Diplôme 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**).  **En cas d’abandon ou d’échec des études ou manquement à l’engagement**  **Si j’abandonne ou j’échoue mes études ou si je manque à mon engagement**, je m’engage à **aviser le MSSS et l’établissement de santé et de services sociaux du Québec dans les 30 jours** suivants l’abandon ou l’échec de mes études ou le manquement à mon engagement**.** Je m’engage également **à rembourser à l’établissement** de santé et de services sociaux du Québec, **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, de l’échec 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 l’administration fiscale (RLRQ, c. A-6.002). Si je ne peux pas rembourser les sommes dues en un seul versement, je dois contacter l’établissement de santé et de services sociaux 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. Le MSSS procédera par la suite à la demande de récupération de la somme versée auprès de l’établissement de santé et de services sociaux du Québec.  **En cas d’absence**  **Si je m’absente pour une durée de plus de 30 jours pour raison médicale ou congé parental**, je m’engage à aviser l’établissement de santé et de services sociaux du Québec et le MSSS. Ma période d’engagement pourrait alors être suspendue selon la nature et la durée de mon absence et poursuivie à la suite de mon retour, et ce, jusqu’à ce qu’elle soit entièrement complétée.  **Suivi de la période d’engagement**  Je m’engage à **fournir annuellement au MSSS** tous les renseignements exigés dans le cadre du suivi effectué au regard de mon engagement comme boursier, et ce, jusqu’à ce que la période d’engagement soit entièrement complétée.  **Autorisation pour l’échange de renseignements**  J’autorise, pour la durée de mon engagement, le MSSS, l’université ou le centre de formation et l’établissement de santé et de services sociaux du Québec 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. Aussi, j’autorise le MSSS à communiquer ces renseignements avec ses partenaires des différents ministères, le cas échéant.  **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 visé** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **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 - Ministère de la Santé et des Services sociaux à l’adresse suivante : [programmes\_bourses@msss.gouv.qc.ca](mailto:programmes_bourses@msss.gouv.qc.ca)  Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 11-2019   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |