|  |
| --- |
| **Demande de bourse pour certains professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux en région éloignée – 2021-2022** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 1 : IDENTIFICATION DU CANDIDAT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | | Prénom | | | | | | | | Date de naissance  année mois jour | | |
| Lieu de naissance (ville) | | | | | | Province | | | | | | | | Pays | | |
| Sexe M  F | | | | | | | | | Numéro d’assurance sociale | | | | | | | |
| **Section 2 : SITUATION DU CANDIDAT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Citoyenneté canadienne | | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | |
| 1. Statut de résident permanent | | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | |
| 1. Adresse permanente (avec code postal) | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone | |
| 1. Adresse pendant votre stage (avec code postal) | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone | |
| 5.1. Adresse courriel personnelle **(obligatoire)** :  5.2. Adresse courriel universitaire: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Section 3 : IDENTIFICATION DE LA RÉGION** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bas St-Laurent (01)  Abitibi-Témiscamingue (08)  Côte-Nord (09)  Nord-du-Québec (10)  Gaspésie (11)  Îles-de-la-Madeleine (11)  Nunavik (17)  Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je, soussigné(e), déclare faire au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une demande de bourse d’études pour: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 an (2021 -2022) | | 2 ans (2021 -2023) | | | | | | |  | | | | | | |  |
| Programme d’études visé : | |  | | | | | | | Diplôme visé : | | | | | | |  |
| **Section 4 : ENGGAGEMENT DU CANDIDAT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Engagement à fournir des services**  Si j’obtiens la bourse demandée, je m’engage à fournir, au terme de mes études, **trois (3) années** 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 (tels une démission, un congédiement ou autre motif)**, je m’engage à **aviser l’établissement de santé et de services sociaux du Québec dans les 30 jours** suivant 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 durant lequel je n’aurai pas fourni les services pour lesquels je me suis engagé(e), 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 soit remboursée en totalité. Le MSSS procédera par la suite à la demande de récupération de la somme versée auprès de l’établissement.  **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. Si cette absence a lieu au courant de l’année scolaire où j’ effectue mon programme de formation, la date de début de mon engagement dans l’établissement parrain, pourrait alors être retardée selon un délai raisonnable.  **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 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.  **Changement d’adresse**  Je m’engage à aviser l’établissement de santé et de services sociaux du Québec et 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.  **Déduction sur le revenu**  Il est de ma responsabilité de vérifier, auprès de l’Agence du revenu du Canada et de Revenu Québec, la possibilité de déduire de mon revenu la bourse reçue, compte tenu des particularités individuelles qu’il peut y avoir. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 par courriel à la Direction de l’attraction de la main-d’œuvre - Ministère de la Santé et des Services sociaux à l’adresse électronique suivante : [programmes\_bourses@msss.gouv.qc.ca](mailto:programmes_bourses@msss.gouv.qc.ca)  Ministère de la Santé et des Services sociaux 2021-05   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |