



1997-1998 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - Formulaire abrégé

If you prefer this questionnaire in English please check

Confidentiel une fois rempli



Autorisation:

Cette enquête annuelle est menée en vertu de la Loi sur la statistique, Lois révisées du Canada (1985), chapitre S19. En vertu de la Loi sur la statistique, il est obligatoire de remplir le présent questionnaire.

Confidentialité:

La loi interdit à Statistique Canada de publier des statistiques recueillies au cours de cette enquête qui permettraient d'identifier une entreprise sans que celle-ci en ait donné l'autorisation par écrit au préalable. Les données déclarées sur ce questionnaire resteront confidentielles. Elles serviront exclusivement à des fins statistiques et elles seront publiées seulement de façon agrégée. Les dispositions de la Loi sur la statistique qui traitent de la confidentialité ne sont modifiées d'aucune façon par la Loi sur l'accès à l'information ou toute autre loi.

Partage des données:

Afin de réduire le fardeau de réponse et améliorer l'uniformité des statistiques, Statistique Canada a conclu, aux termes de l'article 12 de la Loi sur la statistique avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un accord en vue de l'échange des données de la présente enquête. En vertu de l'article 12 de la Loi sur la statistique, vous pouvez refuser de partager vos renseignements avec l'Institut canadien d'information sur la santé en communiquant votre décision par écrit au statisticien en chef et en retournant votre lettre avec le questionnaire rempli dans l'enveloppe de retour ci-jointe.

Exercice financier

Veuillez inscrire les dates de début et de fin de l'exercice financier de 12 mois de votre entreprise. Déclarez toutes les données se rapportant à l'exercice financier de 12 mois qui s'est terminé le, ou entre le **1er avril 1997** et le **31 mars 1998**. Par exemple, si l'exercice financier de votre entreprise s'est terminé le 31 décembre 1997, veuillez déclarer les renseignements relatifs à la période allant du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1997.

011 Jour Mois Année 012 Jour Mois Année

Du

--	--	--	--	--	--	--	--

 Au

--	--	--	--	--	--	--	--

Raison sociale

Le nom commercial inscrit sur l'étiquette du questionnaire est celui qui est actuellement inscrit au répertoire de Statistique Canada. Si la raison sociale et le nom commercial sont identiques, veuillez cocher à l'endroit prévu à cette fin ci-dessous; si la raison sociale diffère du nom commercial, veuillez écrire en lettres moulées la **raison sociale** dans l'espace ci-dessous :

021 Identique au nom commercial OU Raison sociale 022

--	--	--	--	--	--	--	--

Type d'organisme (cocher **UNE** seule case) :

031 1 Entreprise à propriétaire unique 4 Coopérative 7 Organisme gouvernemental
 2 Société de personnes 5 Coentreprise 8 Organisme sans but lucratif
 3 Compagnie constituée en personne morale (incorporée) 6 Entreprise publique

Numéro de compte TPS

Veuillez déclarer votre numéro d'inscription aux fins de la TPS (numéro d'entreprise) 041

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire: (en lettres moulées)

Téléphone

Code régional Numéro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titre Signature Jour Mois Année

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

J'atteste que les renseignements fournis ici sont, autant que je sache, complets et exacts.

Date complétée

1997-1998 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

Nom de l'établissement		Ville, village, etc.	
A. Propriété (cochez une seule case)			
			Propriété 102
À but lucratif			<input checked="" type="checkbox"/>
Religieux			<input type="checkbox"/>
Laïque (sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)			<input checked="" type="checkbox"/>
Municipalité			<input type="checkbox"/>
Provincial ou territorial			<input type="checkbox"/>
Fédéral			<input type="checkbox"/>
B. Nombre de lits (au 31 mars 1998)		Complément approuvé	Doté de personnel et en activité
1. Nombre de lits		121	122
C. Nombre de journées de soins dispensés pendant la période de déclaration selon le mode de prise en charge			Journées
1. Régime provincial d'assurance-santé			131
2. Régime provincial de service social			132
3. Autre ministère ou département provincial (précisez)			133
4. Municipalité, administration régionale ou de district			134
5. Tout autre, y compris le paiement par le résident lui-même			135
6. Nombre total de journées (total des cases 131 à 135)			136
D. Mouvement des bénéficiaires			Résidents
1. Dans l'établissement au 1 ^{er} avril 1997			151
2. Admissions au cours de la période de déclaration			152
3. Nombre total des bénéficiaires soignés (cases 151 plus 152)			153
4. Sorties au cours de la période de déclaration			154
5. Décès au cours de la période de déclaration			155
6. Total des radiations (cases 154 plus 155)			156
7. Dans l'établissement au 31 mars 1998 (cases 153 moins 156)			157 *

* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272 de la page 2.

1997-1998 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (ne compter chaque personne qu'une seule fois)

Groupes d'âge	Nombre de personnes		Groupes d'âge	Nombre de personnes		
	1 Homme	2 Femme		1 Homme	2 Femme	
	201	202		211	212	
1. Moins de 10 ans.....			6. De 70 à 74 ans.....			
	203	204		213	214	
2. De 10 à 17 ans.....			7. De 75 à 79 ans.....			
	205	206		215	216	
3. De 18 à 44 ans.....			8. De 80 à 84 ans.....			
	207	208		217	218	
4. De 45 à 64 ans.....			9. 85 ans et plus.....			
	209	210	10. Nombre total de bénéficiaires (total des lignes 1 à 9).....	219	220	221 *
5. De 65 à 69 ans.....						

F. Types de soins (Voir les directives et les définitions)

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (ne compter chaque personne qu'une seule fois)

	Nombre de personnes
1. Chambre et pension seulement.....	228
2. Chambre et pension avec conseils pour surmonter des problèmes d'adaptation sociale, d'emploi, de toxicomanie, ou pour aider les parents par des conseils spécialisés (maisons de soins pour enfants).....	229
3. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc.....	230
4. Type I (c.-à-d. surveillance et/ou assistance dans les activités de la vie quotidienne en plus de répondre aux besoins psychosociaux).....	232
5. Type II (c.-à-d. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.).....	234
6. Type III (c.-à-d. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.).....	236
7. Type plus élevé.....	238
8. Nombre total de bénéficiaires (total des cases 228 à 238).....	240 *

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (ne compter chaque personne qu'une seule fois)

	Nombre de personnes		Nombre de personnes
1. Personnes âgées.....	261	6. Alcooliques/toxicomanes.....	266
2. Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique.....	262	7. Délinquants/jeunes contrevenants.....	267
3. Handicapés développementaux.....	263	8. Personnes itinérantes.....	269
4. Personnes souffrant de troubles psychiatriques.....	264	9. Autres précisez.....	271
5. Enfants souffrant de troubles émotifs.....	265	10. Total des bénéficiaires (somme des cases 261 à 271).....	272 *

* Les totaux doivent concorder

1997-1998 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

H. PERSONNEL	Personnel employé au 31 mars 1998		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration
	Temps plein	Temps partiel	
	331	332	333
1. Services de soins directs.....			
	369	370	371
2. Services généraux (voir définitions).....			
	381	382	383
3. Total (lignes 1 et 2).....			
I. DÉPENSES (pour les 12 mois se terminant le 31 mars 1998) (arrondir au dollar près)	Salaires et traitements	Toute autre dépense	Total
	432	433	434
1. Services de soins directs.....			
	461	462	463
2. Services généraux (voir définitions).....			
		483	484
3. Autres dépenses (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.).....			
	495	496	497
4. Total des dépenses (somme des lignes 1, 2 et 3).....			

J. RECETTES (pour les 12 mois se terminant le 31 mars 1998) (arrondir au dollar près)	Source des revenus au titre de l'hébergement (cases 501 à 507)		Total
	Montant		
	501		
1. Régime provincial d'assurance-santé (Ministère ou département).....			
	502		
2. Régime provincial de service social (Ministère ou département).....			
	503		
3. Autre ministère ou département provincial (précisez).....			
	504		
4. Municipalité, administration régionale ou de district.....			
	505		
5. Tous les autres.....			
	506		
6. Co-assurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes.....			
	507		
7. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées».....			508
8. Total des revenus (total des cases 501 à 507).....			509
9. Revenus divers.....			510
10. Total des recettes (total des cases 508 et 509).....			511
11. Excédent (case 510 moins case 497).....			512
12. Déficit (case 497 moins case 510).....			

NOTA : Données vérifiées non nécessaires.

Renseignements supplémentaires (note explicative spéciale sur les changements importants survenus durant la période de déclaration).

Pour information seulement

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

DATE

- 1. REC _____
- 2. FER _____
- 3. NU _____
- 4. COM _____
- 5. DUP _____
- 6. REM _____
- 7. REF _____
- 8. NC _____
- 9. EDT _____
- 10. CR _____
- 11. CAP _____
- 12. EST _____
- 13. NR _____
- 14. HDU _____

COMMENTAIRES DE L'ÉDITEUR

Pour information seulement