



2001-2002 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - Formulaire abrégé

If you prefer this questionnaire in English please check

Confidentiel une fois rempli

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.

Corriger au besoin les renseignements figurant sur l'étiquette préimprimée en remplissant les cases ci-dessous :

| | | |
|--------------------|-------------------|-------|
| Nom commercial : | | |
| À l'attention de : | | |
| Adresse : | App. | |
| Ville : | | |
| Province : | Code postal : | |
| Contact : | N° de téléphone : | |
| À compter de : | | |
| Jour | Mois | Année |

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.

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 <input type="radio"/> Entreprise à propriétaire unique | 4 <input type="radio"/> Coopérative | 7 <input type="radio"/> Organisme gouvernemental |
| 2 <input type="radio"/> Société de personnes | 5 <input type="radio"/> Coentreprise | 8 <input type="radio"/> Organisme sans but lucratif |
| 3 <input type="radio"/> Compagnie constituée en personne morale (incorporée) | 6 <input type="radio"/> Entreprise publique | |

Numéro de compte TPS

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

Retour du questionnaire : Veuillez le remplir et le retourner dans les 30 jours suivant la réception.

Veuillez remplir un questionnaire pour l'établissement et le lieu indiqués sur l'étiquette. Ne produire une déclaration que pour les opérations situées au Canada. Prière de retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe ci-jointe, ou par télécopieur au 1 613 951 0709 ou sans frais au 1 800 755 5514. **Avez-vous des questions ? Avez-vous besoin d'un autre questionnaire ? Pour assistance et information appeler au : 1 888 291 6111**

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

Téléphone

| | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Code régional | Numéro |
| <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> |

Télécopieur

| | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Code régional | Numéro |
| <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> |

Titre

Signature

Date complétée

| | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Jour | Mois | Année |
| <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> |

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

Date complétée

Bénéficiaires

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2002 (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 | |
| 1. Moins de 10 ans | 201 | 202 | 6. De 70 à 74 ans | 211 | 212 | |
| 2. De 10 à 17 ans | 203 | 204 | 7. De 75 à 79 ans | 213 | 214 | |
| 3. De 18 à 44 ans | 205 | 206 | 8. De 80 à 84 ans | 215 | 216 | |
| 4. De 45 à 64 ans | 207 | 208 | 9. 85 ans et plus | 217 | 218 | |
| 5. De 65 à 69 ans | 209 | 210 | 10. Nombre total de bénéficiaires <i>(total des lignes 1 à 9)</i> | 219 | 220 | 221 * |

F. Types de soins (Voir Directives et définitions)

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2002
(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 <i>(total des cases 228 à 238)</i> | 240 * |

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2002
(ne compter chaque personne qu'une seule fois)

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

* Les totaux des cases 157, 221, 240 et 272 doivent concorder.

2001-2002 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - suite

H. Personnel

| | Personnel employé au 31 mars 2002 | | Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| | Temps plein | Temps partiel | |
| 1. Services de soins directs | 331 | 332 | 333 |
| 2. Services généraux (voir définitions) | 369 | 370 | 371 |
| 3. Total (lignes 1 et 2) | 381 | 382 | 383 |

Toute heure indiquée doit correspondre à un montant à la section I.

I. Dépenses

| Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 2002 (arrondir au dollar près) | Salaires et traitements | Toute autre dépense | Total |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|------------|
| 1. Total - dépenses des soins directs | 432 | 433 | 434 |
| 2. Total - dépenses des services généraux | 461 | 462 | 463 |
| 3. Autres (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.) | | 483 | 484 |
| 4. Total des dépenses (somme des lignes 1, 2 et 3) | 495 | 496 | 497 |

Tout montant indiqué doit correspondre aux heures à la section H.

J. Recettes

| Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 2002 (arrondir au dollar près) | Montant |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Ministère ou département provincial de santé (Régime provincial d'assurance santé) | 501 |
| 2. Ministère ou département provincial des services sociaux (Régime provincial de service social) | 502 |
| 3. Autre ministère ou département provincial (<i>précisez</i>) | 503 |
| 4. Municipalité, administration régionale ou de district | 504 |
| 5. Tous les autres | 505 |
| 6. Coassurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes | 506 |
| 7. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées» | 507 |
| 8. Total des revenus au titre de l'hébergement (total des cases 501 à 507) | 508 |
| 9. Revenus divers | 509 |
| 10. TOTAL DES RECETTES (total des cases 508 et 509) | 510 |
| Excédent (case 510 moins case 497) | 511 |
| Déficit (case 497 moins case 510) | 512 |

NOTA : Données vérifiées **non** nécessaires

Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier.

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR COMPLETÉ PAGE 2 ET 3.

