



2004-2005 - 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 l'adresse postale en remplissant les cases ci-dessous :

513 Nom commercial :	
514 À l'attention de :	
515 Adresse :	516 App.
517 Ville :	
518 Province :	519 Code postal :

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 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

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

Télécopieur
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

2004-2005 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes

Nom de l'établissement	Ville, village, etc.
------------------------	----------------------

Exercice financier

Veillez 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 2004** et le **31 mars 2005**. Par exemple, si l'exercice financier de votre entreprise s'est terminé le 31 décembre 2004, veuillez déclarer les renseignements relatifs à la période allant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004.

011 Du <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année				012 Au <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année			
Jour	Mois	Année											
Jour	Mois	Année											

A. Propriété (cochez une seule case)

	Propriété 102
À but lucratif	<input type="checkbox"/>
Religieux	<input type="checkbox"/>
Laique (sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)	<input type="checkbox"/>
Municipalité	<input type="checkbox"/>
Provincial ou territorial	<input type="checkbox"/>
Fédéral	<input type="checkbox"/>
Autorité, conseil régional, district, corporation de santé	<input type="checkbox"/>

B. Nombre de lits (au 31 mars 2005)

	Complément approuvé	Doté de personnel et en activité
1. Nombre de lits (incluant les lits de service de relève)	121	122

C. Nombre de journées de soins dispensés pendant la période de déclaration selon le mode de prise en charge

	Journées
1. Ministère ou département provincial de santé (Régime provincial d'assurance santé)	131
2. Ministère ou département provincial des services sociaux (Régime provincial de service social)	132
3. Autre ministère ou département provincial (précisez) ⁵²⁰	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 1er avril 2004	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 2005 (cases 153 moins 156)	157 *

* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272 de la page 3.

2004-2005 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - suite

Bénéficiaires

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2005 (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 2005 <i>(ne compter chaque personne qu'une seule fois)</i>	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 2005 (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. Autres <i>(précisez)</i> ⁵²¹	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.

2004-2005 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - suite

H. Personnel

	Personnel employé au 31 mars 2005		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 2005 (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 2005 (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 (précisez) ⁵²⁹	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.

1. Combien de temps avez-vous mis pour recueillir les données et remplir le présent questionnaire ?

9910

heures

9909

minutes

2. Commentaires :

Nous vous invitons à nous aider à améliorer notre programme d'enquêtes auprès des entreprises. À cette fin, nous vous saurions reconnaître de nous faire part de vos commentaires sur les questions qui suivent ou d'autres sujets d'intérêt général :

- contenu du questionnaire
- nouvelles questions d'intérêt pour votre industrie
- langue du questionnaire
- utilisation de la terminologie propre au domaine
- compréhension des questions (à l'aide des définitions, exemples d'inclusion et d'exclusion, feuilles de codes, directives, guides de réponse, etc.)
- ordre et enchaînement des questions
- date de réception du questionnaire et temps alloué pour répondre
- autres sources de données à utiliser pour simplifier la tâche des répondants
- possibilité de déclaration électronique
- logiciels de gestion généraux (non exclusifs) utilisés.

9920

9913

9914

9915

9916

POUR INFORMATION SEULEMENT



Avez-vous perdu l'enveloppe affranchie ?

Veuillez nous téléphoner au 1 888 291 6111 ou nous joindre par télécopieur au 1 800 755 5514.

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.