

**APPLICATION TO BECOME  
A FOSTER FAMILY**



**FAMILY AND  
COMMUNITY SERVICES**

**Part A:**

Full name of applicant(s): 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Full mailing address: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_

Directions to home: \_\_\_\_\_

Telephone number(s): Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

Work: \_\_\_\_\_ Other (cell): \_\_\_\_\_ E-Mail address: \_\_\_\_\_

Name of Emergency Contact Person \_\_\_\_\_

Phone number \_\_\_\_\_ // relationship \_\_\_\_\_

E-mail (if applicable): \_\_\_\_\_ Fax number (if applicable): \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Initial Contact: \_\_\_\_\_ Date Approval date: \_\_\_\_\_

Preservice: \_\_\_\_\_ Date Completed

Criminal Record Check: 1) \_\_\_\_\_ Date 2) \_\_\_\_\_ Date

FCS Record Check: 1) \_\_\_\_\_ Date 2) \_\_\_\_\_ Date

References:	Positive	Negative	
1) _____ Date Returned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environment of Care Compliance Check List <input type="checkbox"/> Applicant notified by the CRS Social Worker of Approval <input type="checkbox"/> ID card requested <input type="checkbox"/> Oath of Confidentiality <input type="checkbox"/> Foster Family Care Standards <input type="checkbox"/> Approval of Child Placement Resource form (Reg. 91-170) <input type="checkbox"/> Resource agreement signed
2) _____ Date Returned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) _____ Date Returned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Home study interviews:			
1) _____ Date			
2) _____ Date	3) _____ Date		

Age + type of child desired: \_\_\_\_\_ Type of foster home: \_\_\_\_\_

Resource ID: \_\_\_\_\_

Service ID(s): 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**Part B:****Personal Data**

<b>Applicant #1</b>	<b>Applicant #2</b>
Surname:	Surname:
Given Name:	Given Name:
Maiden Name:	Maiden Name:
Previous Name (if applicable):	Previous Name (if applicable):
Date of Birth: <span style="float: right;">Place of Birth:</span>	Date of Birth: <span style="float: right;">Place of Birth:</span>
Citizenship:	Citizenship:
Languages spoken: 1) _____ 2) _____	Languages spoken: 1) _____ 2) _____

**Marriage/Relationship History**

Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Common-law <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Common-law <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated
Date of present marriage:	Date of present marriage:
If not married - length of present relationship:	If not married - length of present relationship:
Number of Previous marriage(s) or Relationships _____	Number of Previous marriage(s) or Relationships _____

**Education History**

Highest level of Education completed:	Highest level of Education completed:
List training/courses or volunteer work: _____ _____ _____ _____	List training/courses or volunteer work: _____ _____ _____ _____
List Hobbies, interests, Community Activities: _____ _____ _____ _____	List Hobbies, interests, Community Activities: _____ _____ _____ _____

## Employment History

Present Employment/Occupation: <b>Applicant #1</b>	Present Employment/Occupation: <b>Applicant #2</b>
Employer:	Employer:
Telephone Number:	Telephone Number:
Length of Employment:	Length of Employment:
Yearly gross income: \$	Yearly gross income: \$
Additional Income: \$	Additional Income: \$
1) Previous Employer:	1) Previous Employer:
Length of Employment:	Length of Employment:
2) Previous Employer:	2) Previous Employer:
Length of Employment:	Length of Employment:

**Use a separate page for additional employment history and attach to form.**

## Finances

### Combined net income from all sources

Source (ie. pay checks, Child Tax Credit, Investments)	Monthly Amount of Net Income
a)	a) \$
b)	b) \$
c)	c) \$
d)	d) \$

### List Monthly Household Expenses

a) Mortgage/Rent:	e) Telephone:	i) Car Insurance:
b) Groceries:	f) Cable:	j) Gas:
c) Heat:	g) Clothing:	k) Other Expenses:
d) Lights:	h) Entertainment:	=

Debts		Assets	
Loans: \$	Property: \$		
Credit Cards: \$	Car/Automobile: \$ (model & year)		
Other: \$	Life Insurance: \$		
	Other (RRSPs, etc.): \$		

**Total of debts:**

**Total net income per year:**

**Part C:**

**Contact with other Agencies**

1) Have you or any member of your immediate family been convicted of a criminal offence or been in conflict with the law?

Yes     No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* The existence of a criminal record will not necessarily result in ineligibility to foster.

2) Have you or anyone in your immediate family ever received services or had contact with Family and Community Services or Child Welfare.

Yes     No

If so: when \_\_\_\_\_ where \_\_\_\_\_

Explain briefly: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Have you or anyone in your immediate family ever received psychological services?

Yes     No

If so: when \_\_\_\_\_ where \_\_\_\_\_

Explain briefly: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Part D:  
Medical Form For Foster Parents**

This medical form is to be completed by each applicant and returned with your application.

**Applicant #1** \_\_\_\_\_  
Name

1) General Statement of Health	Very Good	Good	Fair	Poor
a) General Physical Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) General Medical Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) General Emotional Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Read the list below and check yes if you have, or ever had, any of the conditions listed. If you check yes, include details of age, treatment, and results.

	Yes	No	Details
Tuberculosis T.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart Decease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervous Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physical Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3) Have you ever received psychiatric treatment?  Yes  No

4) Do you smoke?  Yes  No

5) Do you take any prescribed drugs regularly?  Yes  No

6) Have you had a problem with drugs and/or alcohol?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7) What is the name of your regular Family Doctor? \_\_\_\_\_

8) If there are any health concerns with your children, please explain. (Only one parent needs to complete this.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Part D:  
Medical Form For Foster Parents**

This medical form is to be completed by each applicant and returned with your application.

**Applicant #2** \_\_\_\_\_  
Name

1) General Statement of Health	Very Good	Good	Fair	Poor
a) General Physical Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) General Medical Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) General Emotional Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Read the list below and check yes if you have, or ever had, any of the conditions listed. If you check yes, include details of age, treatment, and results.

	Yes	No	Details
Tuberculosis T.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart Decease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervous Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physical Disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3) Have you ever received psychiatric treatment?  Yes  No

4) Do you smoke?  Yes  No

5) Do you take any prescribed drugs regularly?  Yes  No

6) Have you had a problem with drugs and/or alcohol?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_

7) What is the name of your regular Family Doctor? \_\_\_\_\_

8) If there are any health concerns with your children, please explain. (Only one parent needs to complete this.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Part E:****Information on your children and others living in your home.**

Children's Full Names	Date of Birth yy mm dd	Health	Whereabouts (in home or out)	Status (adopted, natural, step, relative, other)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

**Other persons currently living in the home:**

Full Name	Date of Birth yy mm dd	Relationship (Relative, boarder, etc.)
1)		
2)		
3)		

**Part F:****Family Background Details**

Applicant #1	Applicant #2
Your father's name:	Your father's name:
Address: _____ _____ Postal Code: _____	Address: _____ _____ Postal Code: _____
Health: <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> fair <input type="checkbox"/> poor Age: _____ / If deceased, date and cause of death. _____	Health: <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> fair <input type="checkbox"/> poor Age: _____ / If deceased, date and cause of death. _____
Employment:	Employment:
Your mother's name:	Your mother's name:
Maiden name:	Maiden name:
Address: _____ _____ Postal Code: _____	Address: _____ _____ Postal Code: _____
Health: <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> fair <input type="checkbox"/> poor Age: _____ / If deceased, date and cause of death. _____	Health: <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> fair <input type="checkbox"/> poor Age: _____ / If deceased, date and cause of death. _____
Employment:	Employment:





**Part G:**

**Your Home**

Describe your home (size, space available for foster children, play area, etc.)

---

---

---

---

Do you:  own  rent

Do you have any pets:  Yes  No If yes, what type and how many? \_\_\_\_\_

**Part H:**

**Reason for Applying to Foster**

Have you ever applied to:  foster  adopt

If yes, where and when: \_\_\_\_\_

---

Briefly state your reasons for applying to foster.

---

---

---

---

Please check off the area(s) you are interested in.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> infants (0-2 yrs.)   | <input type="checkbox"/> children over 12                         | <input type="checkbox"/> sibling group |
| <input type="checkbox"/> children under 12  | <input type="checkbox"/> teenagers (16-19 yrs.)                   | <input type="checkbox"/> relief care   |
| <input type="checkbox"/> children with special needs<br>(mental or physical disability) | <input type="checkbox"/> Youth in Open Custody<br>(Public Safety) | <input type="checkbox"/> no preference |

We would prefer:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> males           | <input type="checkbox"/> females       | <input type="checkbox"/> no preference |
| <input type="checkbox"/> religion: _____ | <input type="checkbox"/> no preference |  |
| <input type="checkbox"/> race: _____     | <input type="checkbox"/> no preference |  |

How did you become aware of our need for foster families?

---

---

---

---

**Part I:**

**References:**

Please give the complete name, mailing address, postal code and telephone numbers of three persons who know you well (enough to answer questions about your family) and who are not relatives.

1) Name \_\_\_\_\_ Telephone (Home): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Business): \_\_\_\_\_  
Complete mailing address/postal code \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Name \_\_\_\_\_ Telephone (Home): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Business): \_\_\_\_\_  
Complete mailing address/postal code \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Name \_\_\_\_\_ Telephone (Home): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Business): \_\_\_\_\_  
Complete mailing address/postal code \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Part J:**

I certify the information on this application to be true and accurate to the best of my/our knowledge.

By my signature I herewith authorize the Department to check the NB Families Information System for any information relevant to this application and any other Government Agency or department deemed necessary in assessing this application.

I give permission for the Department of Family and Community Services to contact the references named on this application.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant #1 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant #2 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

When completed, please forward to:

**Children's Residential Services Unit  
Department of Family and Community Services.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DEMANDE EN VUE DE DEVENIR  
FAMILLE D'ACCUEIL**



**SERVICES FAMILIAUX  
ET COMMUNAUTAIRES**

**Partie A :**

Nom au complet du ou des demandeur : 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Adresse postale au complet : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Directives pour se rendre à la maison : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_ Autre (cellulaire) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Relation de personne : \_\_\_\_\_

Courrier électronique : \_\_\_\_\_ (s'il y a lieu) N° de télécopieur : \_\_\_\_\_ (s'il y a lieu)

**À l'usage du bureau seulement**

Contact initial : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date d'approbation : \_\_\_\_\_

Formation préalable à l'accueil : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Vérification du casier judiciaire : 1) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Vérification du dossier de SFC : 1) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Références :	Positive	Négatif	
1) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Liste de vérification de la conformité aux normes de milieu physique
2) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demandeur avisé de l'approbation par le travailleur social de RRE
3) _____ Date de réception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carte d'identification demandée
Entrevues d'étude de foyer : 1) _____ Date			<input type="checkbox"/> Serment de non-divulgence
2) _____ Date			<input type="checkbox"/> Normes relative aux services des familles d'accueil
3) _____ Date			<input type="checkbox"/> Formulaire agrément d'un centre de placement pour enfants (Reg. 91-170)
			<input type="checkbox"/> Entente de placement signée

Type de foyer : \_\_\_\_\_ Âge et type d'enfant souhaité : \_\_\_\_\_

N° d'identification de la ressource : \_\_\_\_\_

N° d'identification du placement : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_



## Expérience de travail

Emploi/métier actuel : <b style="text-align: center;">Demandeur n° 1</b>	Emploi/métier actuel : <b style="text-align: center;">Demandeur n° 2</b>
Employeur :	Employeur :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :
Revenu annuel brut : \$	Revenu annuel brut : \$
Revenus additionnels : \$	Revenus additionnels : \$
1) Employeur antérieur :	1) Employeur antérieur :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :
2) Employeur antérieur :	2) Employeur antérieur :
Durée de l'emploi :	Durée de l'emploi :

**Écrire au verso s'il y a d'autres expériences d'emploi.**

## Finances

### Revenu net de toutes les sources de revenu

Source de revenu (salaire, prestation fiscale pour enfants, placements)	Montant mensuel du revenu net
a)	a) \$
b)	b) \$
c)	c) \$
d)	d) \$

### Liste des paiements mensuels

a) hypothèque/loyer :	e) téléphone :	i) assurance auto :
b) épicerie :	f) câble :	j) gaz (auto) :
c) chaleur :	g) habillement :	k) d'autres dépenses :
d) lumières :	h) divertissement :	=
	<b>Dettes</b>	<b>Avoirs</b>
Emprunts : \$	Biens : \$	
Cartes de crédit : \$	Voiture : \$ (modèle et année)	
Autres : \$	Assurances-vie : \$	
	Autres (REER, etc.): \$	

**Total de dettes :**

**Total de revenu net :**

**Partie C :**

**Contact avec d'autres organismes**

1) Est-ce que vous même ou un membre de votre famille immédiate avez déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez déjà eu des démêlés avec la justice?

Oui     Non

Expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* L'existence d'un casier judiciaire ne rend pas nécessairement inadmissible comme famille d'accueil.

2) Est-ce que vous-mêmes ou un membre de votre famille immédiate avez déjà reçu des services ou eu des contacts avec Services familiaux et communautaires ou Bien-être à l'enfance?

Oui     Non

Si oui : Quand \_\_\_\_\_ Où \_\_\_\_\_

Expliquer brièvement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Est-ce que vous-mêmes ou un membre de votre famille immédiate avez déjà reçu des services psychologiques?

Oui     Non

Si oui : Quand \_\_\_\_\_ Où \_\_\_\_\_

Expliquer brièvement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Partie D :**

**Fiche médicale des demandeurs du statut de parent de famille d'accueil**

Chacun de vous doit remplir une fiche médicale et la retourner avec votre demande.

**Demandeur N° 1** \_\_\_\_\_

Nom

- |                                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) État de santé                | Très bon                 | Bon                      | Passable                 | Mauvais                  |
| a) État physique général        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) État de santé général        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) État de santé mental général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Lisez la liste ci-dessous et cochez la case indiquant si vous avez ou non souffert des troubles suivants. Si vous cochez oui, précisez l'âge, le traitement et les résultats.

	Oui	Non	Précisions
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 3) Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique?  Oui  Non
- 4) Fumez-vous?  Oui  Non
- 5) Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits?  Oui  Non
- 6) Avez-vous eu un problème avec les drogues et/ou l'alcool?  Oui  Non

Expliquer : \_\_\_\_\_

7) Quel est le nom de votre médecin de famille actuel? \_\_\_\_\_

8) Si vos enfants ont des problèmes de santé, veuillez expliquer. (Seulement un parent doit remplir cette section.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Partie D :**

**Fiche médicale des demandeurs du statut de parent de famille d'accueil**

Chacun de vous doit remplir une fiche médicale et la retourner avec votre demande.

**Demandeur N° 2** \_\_\_\_\_

Nom

1) État de santé	Très bon	Bon	Passable	Mauvais
a) État physique général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) État de santé général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) État de santé mental général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Lisez la liste ci-dessous et cochez la case indiquant si vous avez ou non souffert des troubles suivants. Si vous cochez oui, précisez l'âge, le traitement et les résultats.

	Oui	Non	Précisions
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies/Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 3) Avez-vous déjà reçu un traitement psychiatrique?  Oui  Non
- 4) Fumez-vous?  Oui  Non
- 5) Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits?  Oui  Non
- 6) Avez-vous eu un problème avec les drogues et/ou l'alcool?  Oui  Non

Expiquer : \_\_\_\_\_

7) Quel es le nom de votre médecin de famille actuel? \_\_\_\_\_

8) Si vos enfants ont des problèmes de santé, veuillez expliquer. (Seulement un parent doit remplir cette section.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Partie E:****L'information sur vos enfants et autres personnes demeurent à chez vous**

Nom complet de chaque enfant	Date de naissance aa mm jj	État de santé	Milieu de vie (Au foyer ou à l'extérieur))	Statut (adopté, naturel, enfant du conjoint, autre lien de parenté)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

**Autres personnes vivant actuellement au foyer :**

Nom au complet	Date de naissance aa mm jj	Relation (lien de parenté, pensionnaire, autre)
1)		
2)		
3)		

**Partie F:****Précisions sur les antécédents familiaux**

Demandeur n° 1	Demandeur n° 2
Nom de votre père :	Nom de votre père :
Adresse : _____ Code postal : _____	Adresse : _____ Code postal : _____
État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____	État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____
Emploi :	Emploi :
Nom de votre mère :	Nom de votre mère :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Adresse : _____ Code postal : _____	Adresse : _____ Code postal : _____
État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____	État de santé : <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> passable <input type="checkbox"/> mauvais Âge : _____ / S'il est décédé, date et cause du décès. _____
Emploi :	Emploi :



**Partie G :**

**Votre foyer**

Décrivez votre foyer (dimensions, espace disponible pour les enfants en famille d'accueil, aire de jeu, autres)

---

---

---

---

Êtes-vous :  propriétaire  locataire

Avez-vous des animaux domestiques :  Oui  Non Si oui, quelle sorte et combien? \_\_\_\_\_

**Partie H :**

**Raison pour demande en vue de devenir famille d'accueil**

Avez-vous déjà fait une demande :  de famille d'accueil  d'adoption

Si oui, où et quand : \_\_\_\_\_

---

Indiquez brièvement les raisons pour lesquelles vous faites une demande comme famille d'accueil.

---

---

---

---

Veillez cocher le ou les éléments qui vous intéressent.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> enfants (0-2 ans)  | <input type="checkbox"/> enfants de plus de 12 ans | <input type="checkbox"/> groupe frères et soeurs |
| <input type="checkbox"/> enfants sous 12 ans  | <input type="checkbox"/> jeunes (16-19 ans)        | <input type="checkbox"/> relève                  |
| <input type="checkbox"/> enfants avec besoins spéciaux<br>(handicap mental ou physique) | <input type="checkbox"/> Jeunes contrevenants      | <input type="checkbox"/> pas préférence          |

Nous préférons :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> mâles            | <input type="checkbox"/> femmes         | <input type="checkbox"/> pas préférence |
| <input type="checkbox"/> religion : _____ | <input type="checkbox"/> pas préférence |   |
| <input type="checkbox"/> race : _____     | <input type="checkbox"/> pas préférence |   |

Comment êtes-vous saisi de notre besoin des familles d'accueil?

---

---

---

---

**Partie I :**

**Références :**

Veillez donner le nom au complet, l'adresse postale, le code postal et les numéros de téléphone de trois personnes qui vous connaissent bien. (Suffisamment pour répondre à des questions au sujet de votre famille.)

1) Nom \_\_\_\_\_ Téléphone (Domicile) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_

Adress postale complète/code postal \_\_\_\_\_

2) Nom \_\_\_\_\_ Téléphone (Domicile) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_

Adress postale complète/code postal \_\_\_\_\_

3) Nom \_\_\_\_\_ Téléphone (Domicile) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_\_

Adress postale complète/code postal \_\_\_\_\_

**Partie J :**

J'atteste que les renseignements fournis dans cette demande sont vrais et exacts au mieux de ma/notre connaissance.

Par ma signature, j'autorise par la présente le Ministère à vérifier auprès du système d'information aux services à la clientèle tout renseignement pertinent à cette demande ou auprès de tout autre organisme ou service gouvernemental que l'on pourrait juger nécessaire de contacter pour évaluer cette demande.

Je permets au ministère des Services familiaux et communautaires de contacter les répondants désignés comme références dans cette demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur n° 1

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur n° 2

\_\_\_\_\_  
Date

Une fois remplie, veuillez envoyer cette formule à :

**Ressources résidentielles pour enfants**  
**Ministre des Services familiaux et communautaires.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_