

SERVICE DE RÉPIT SPÉCIALISÉ À DOMICILE QUESTIONNAIRE POUR LES CANDIDATS

Dans ce formulaire, nous vous demandons diverses informations sur vous, vos intérêts, vos expériences et vos motivations à devenir accompagnateur dans le cadre du volet Répit spécialisé à domicile de l' AISQ. Ce formulaire vise à faciliter le jumelage avec les proches que vous accompagnerez. Il est donc important de prendre le temps de le compléter et de fournir un maximum d'informations sur vous afin que vous puissiez pleinement profiter de votre expérience d'accompagnateur.

1. INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT

1. Veuillez compléter le tableau suivant concernant vos **coordonnées** :

Nom complet	Courriel	No. tél.
Adresse	Ville	Code postal

2. Êtes-vous doublement vacciné ?

Oui Non

Merci de nous faire parvenir une preuve jointe à ce formulaire (p.ex. : photo de votre preuve de vaccination)

3. Qu'est-ce qui vous **motive** à vous impliquer dans ce volet et à travailler auprès d'une personne présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et sa famille ?

4. Quelles sont vos **expériences** professionnelles et personnelles pertinentes en lien avec le mandat qui vous sera demandé en tant qu'accompagnateur dans le cadre du volet Répit spécialisé à domicile ?

5. Quels sont vos principaux **intérêts** ? (Loisirs, activités, sports, etc.)

6. Qu'est-ce qui fait de vous une **personne intéressante** pour le volet Répit spécialisé à domicile ?

7. Où avez-vous appris que l' AISQ est à la recherche d'accompagnateurs dans le cadre de son service de Répit spécialisé à domicile ?

2. INFORMATIONS POUR LE JUMELAGE FAMILLE-ACCOMPAGNATEUR

1. Quel est votre groupe d'âge ?

- | | | |
|--------------------------------|-------|------------|
| <input type="checkbox"/> 18-20 | 21-25 | 26-30 |
| 31-35 | 36-40 | 41 et plus |

Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

2. Quel est votre **genre** ?

- Féminin Masculin Autre Je préfère ne pas répondre

3. Quel est votre **programme d'étude** ?

- | | | |
|--------------|-----------------------|--------------------|
| Ergothérapie | Travail social | Psychoéducation |
| Médecine | Éducation spécialisée | Orthophonie |
| Psychologie | Orthopédagogie | Autre (précisez) : |

4. Quel est votre **cycle d'étude** dans lequel vous êtes présentement inscrit ?

- Collégial Universitaire 1^{er} cycle Universitaire 2^e cycle

5. Quelle année êtes-vous en train de compléter ?

- 1^e année 2^e année 3^e année 4^e année

6. Avez-vous déjà reçu de la **formation** sur l'intervention auprès des personnes présentant une DI ou un TSA ?

- Oui Non

Si oui, précisez la nature de la formation :

7. Avez-vous déjà été en contact avec des personnes présentant une **déficience intellectuelle (DI)** ou un **trouble du spectre de l'autisme (TSA)** ?

- Oui Non

Si oui, précisez le contexte:

8. Combien d'heures par semaine **ou** par mois êtes-vous **disponible** ? Notez que nous demandons aux étudiants d'être disponibles au moins 6 heures par semaine, sauf en situation particulière telle qu'en semaine d'examens.

Nombre d'heures/semaine = h/semaine
Nombre d'heures/mois = h/mois

9. Veuillez indiquer les plages horaires où vous êtes disponible durant la session **Automne** et durant la session **Hiver**.

<u>Automne</u>	Dim.	Lundi	Mardi	Merccr.	Jeudi	Vend.	Sam.	<u>Hiver</u>	Dim.	Lundi	Mardi	Merccr.	Jeudi	Vend.	Sam.
Avant-midi								Avant-midi							
Après-midi								Après-midi							
Soirée								Soirée							

10. Avez-vous accès à une **voiture** pour vous déplacer au domicile d'une personne (non obligatoire) ?

Oui Non

11. Avez-vous une formation **RCR/DEA** à jour?

Oui Non

Si oui, merci de nous faire parvenir une preuve jointe à ce formulaire (p.ex. : photo de votre certification papier)

12. Dans quel **secteur** de la Ville de Québec êtes-vous à l'aise de travailler ? (*plusieurs choix de réponses possibles*)

La Cité-Limoilou

Les Rivières

Charlesbourg

L'Ancienne-Lorette

St-Augustin

Val-Bélair

Sainte-Foy-Sillery-Cap-Rouge

La Haute-Saint-Charles

Beauport

Ile d'Orléans

Côte-de-Beaupré

Autre:

13. Avez-vous des **allergies** ?

Oui Non

Si oui, quelles sont-elles ?

14. Êtes-vous à l'aise d'offrir de l'accompagnement en présence d'**animaux de compagnie** ?

Oui Non Précisez:

15. Avez-vous d'**autres commentaires** que vous souhaitez formuler pour nous aider à procéder au meilleur jumelage possible pour vous et la personne ?

MERCI !