

2009 - 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 :

Designation sociale : C0001		Nom commercial : C0002	
Adresse postale : C0004		Ville : C0005	
Province/Territoire : C0006	Code postal : C0007	Langue de préférence : C0010 ☐ Anglais ² ☐ Français	

Confidentialité :

La loi interdit à Statistique Canada de publier toute information recueillie au cours de cette enquête qui permettrait d'identifier une personne, entreprise ou organisation à moins d'avoir obtenu l'accord préalable du répondant ou l'autorisation selon les dispositions pertinentes de la *Loi sur la statistique*. Les données recueillies au cours de cette enquête seront traitées dans la stricte confidentialité et utilisées à des seules fins statistiques. Elles ne seront publiées que sous forme agrégée. Les dispositions de la *Loi sur la statistique* qui traitent de la confidentialité ne sont modifiées en aucune façon par la *Loi sur l'accès à l'information* ou par 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.

Objectif de l'enquête :

Cette enquête recueille des données financières, sociales et d'exploitation nécessaires à la production de statistiques relatives à votre secteur industriel. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le guide du rapport ci-inclus.

Couverture :

Veuillez compléter le questionnaire pour la désignation sociale et l'établissement décrits dans la vignette. Veuillez ne répondre que pour les établissements situés au Canada.

Retour du questionnaire :

Veuillez remplir et retourner le questionnaire dans les 30 jours suivant sa réception. Veuillez noter que cette enquête ne requiert pas la certification comptable des données. Prière de retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe ci-jointe, ou par télécopieur sans frais au 1 877 256-2370.

Avez-vous des questions? Avez-vous besoin d'un autre questionnaire?
Pour assistance et information appeler au : 1 888 291-6111

Type d'organisme (Cochez UNE seule case) : Voir cette section dans le guide

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

Numéro de compte TPS / Numéro de compte d'entreprise :

Est-ce que votre entreprise a un numéro d'inscription aux fins de la TPS ou un numéro d'inscription d'entreprise?

- 040 1 ☐ Oui → Si oui, veuillez déclarer votre numéro d'inscription aux fins de la TPS ou votre numéro d'inscription d'entreprise
- 3 ☐ Non

041

Nombre d'établissements déclarants

Faites vous une déclaration pour plus d'un établissement?

- 050 1 ☐ Oui → Si oui, veuillez fournir le nombre d'établissements pour lesquels vous rapportez sur ce formulaire
- 3 ☐ Non

051



Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire :

Nom : (en lettres moulées)

C0054

Prénom :

C0013

Téléphone :

Code régionale
C0017

Numéro

-

Poste :

C0027

Télécopieur :

Code régionale
C0016

Numéro

-

Titre :

C0014

Adresse électronique :

C0018

Exercice financier

Aux fins de la présente enquête, veuillez fournir des données relatives à l'exercice financier de 12 mois dont le dernier jour est survenu **au plus tôt le 1 avril 2009 et au plus tard le 31 mars 2010**. Par exemple, si votre exercice financier a pris fin le 31 décembre 2009, veuillez faire rapport pour la période allant du 1 janvier 2009 au 31 décembre 2009.

011

Année

Mois

Jour

Du

012

Année

Mois

Jour

Au

A. Propriété – Voir cette section dans le guide

(Cochez une seule case)

Propriété

102

À but lucratif

☐ 11

Religieux

☐ 02

Laïque (p. ex. sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)

☐ 01

Municipalité

☐ 04

Provincial ou territorial

☐ 05

Fédéral

☐ 12

Autorité, conseil régional, district, corporation de santé

☐ 14

B. Nombre de lits au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le guide

Autorisés ou
approuvés

Dotés de personnel
et en activité
(occupés ou non)

1. Nombre de lits (incluant les lits de service de relève)

121

122

C. Nombre de journées de soins dispensés (selon le mode de prise en charge) – Voir cette section dans le guide

		Nombre de jours
1. Ministère ou département provincial de santé (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)	131	
2. Ministère ou département provincial des services sociaux (p. ex. Régime provincial de service social)	132	
3. Autre ministère ou département provincial (<i>précisez</i>) ⁵²⁰	133	
4. Municipalité, administration régionale ou de district	134	
5. Tout autre, y compris le gouvernement fédéral et le paiement par le résident lui-même	135	
6. Nombre total de journées (somme des cases 131 à 135)	136	

D. Mouvement des bénéficiaires – Voir cette section dans le guide

		Nombre de personnes
1. Dans l'établissement au premier jour de l'exercice financier	151	
2. Admissions au cours de la période de déclaration	152	
3. Nombre total des bénéficiaires soignés (case 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 (case 154 plus 155)	156	
7. Dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier (<i>case 153 moins 156</i>)	157	*

* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272.

Caractéristiques des Bénéficiaires**E. Âge et sexe des bénéficiaires au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le guide**

Groupes d'âge (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)		Nombre de personnes		Groupes d'âge (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)		Nombre de personnes	
		Homme	Femme			Homme	Femme
1. Moins de 10 ans	201			6. De 70 à 74 ans	211		
2. De 10 à 17 ans	203			7. De 75 à 79 ans	213		
3. De 18 à 44 ans	205			8. De 80 à 84 ans	215		
4. De 45 à 64 ans	207			9. 85 ans et plus	217		
5. De 65 à 69 ans	209			10. Nombre total de bénéficiaires (somme des lignes 1 à 9)	219		
				Grand total de bénéficiaires	221		*

F. Types de soins – Voir cette section dans le guide

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier

(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 (p. ex. maisons de soins pour enfants)	229	
3. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc.	230	
4. Type I (p. ex. surveillance et/ou assistance dans les activités de la vie quotidienne en plus de répondre aux besoins psychosociaux)	232	
5. Type II (p. ex. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.)	234	
6. Type III (p. ex. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.)	236	
7. Type plus élevé	238	
8. Nombre total de bénéficiaires (somme des cases 228 à 238)	240	*

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le guide

(Ne compter chaque personne qu'une seule fois)

		Nombre de personnes
1. Personnes âgées (65 ans et plus)	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. Les dépendances	266	
7. Personnes itinérantes	269	
8. Autres (précisez) ⁵²¹	271	
9. Total des bénéficiaires (somme des cases 261 à 271)	272	*

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

Personnel – Ne pas inclure les employés contractuels ou professionnels payés par une source externe.

H. Personnel – Voir cette section dans le guide

	Personnel employé au dernier jour de l'exercice financier (exclure les occasionnels)		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration (inclure les occasionnels)
	Temps plein	Temps partiel	
1. Services de soins directs	331	332	333 h
2. Services généraux (voir définitions)	369	370	371 h
3. Total (lignes 1 plus 2)	381	382	383 h

Toute heure indiquée à la section H doit correspondre à un montant pour les salaires et traitements à la section I.

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

I. Dépenses – Voir cette section dans le guide

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1 avril 2009 et le 31 mars 2010.
(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 (inclure tous les avantages sociaux dans la case 462)	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 pour les salaires et traitements doit correspondre à des heures déclarées à la section H.

Revenus – Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. Assurez-vous d'avoir complété les sections A à H.

J. Revenus – Voir cette section dans le guide

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010. (Arrondir au dollar près)

Hébergement

Montant

1. Ministère ou département provincial de santé (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)	501																			
2. Ministère ou département provincial des services sociaux (p. ex. 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 (p. ex. gouvernement fédéral, la Commission des accidents du travail)	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. Autres revenus divers	509																			
10. TOTAL DES REVENUS (case 508 plus 509)	510																			
Excédent (case 510 moins 497)	511																			
Déficit (case 497 moins 510)	512																			

NOTA : La vérification comptable des données n'est pas requise.

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 serions reconnaissant de nous faire part de vos commentaires et autres suggestions d'intérêt général :

9920

9913

9914

9915

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

Signature:

Date:

Année

Mois

Jour

C0015

Avez-vous perdu l'enveloppe affranchie

Veuillez nous téléphoner au 1 888 291-6111 ou nous joindre par télécopieur au 1 877 256-2370.

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.