

**General Information**

**( to be completed by owner of Nursing Home Business )**

**Renseignements généraux**

**( à remplir par le propriétaire de la maison de soins infirmiers )**

<b>1. Present Licence Number Numéro de permis actuel</b>	Date of Expiration Date d'expiration du permis
--	---

**2. Name of Nursing Home/Nom de la maison de soins infirmiers**

Address/Adresse

Telephone Number/N° de téléphone

Adults Adultes	Total bed capacity Nombre total de lits	Extended Care Soins prolongés	Intermediate Care Soins courants	Children Enfants	Total bed capacity Nombre total de lits	Extended Care Soins prolongés	Intermediate Care Soins courants

**3. Is Applicant/Le requérant est-il :**     (1) Individual/une personne     (2) Partnership/une société     (3) Company/une compagnie

**4. Name(s) and address(es) of Applicant(s):**  
**Nom(s) et adresse(s) du (des) requérant(s) :**    a) If an Individual or Partnership/Personne ou société

i) Name/Nom	Telephone number/N° de téléphone
-------------	----------------------------------

Address/Adresse

ii) Name/Nom	Telephone number/N° de téléphone
--------------	----------------------------------

Address/Adresse

iii) Name/Nom	Telephone number/N° de téléphone
---------------	----------------------------------

Address/Adresse

b) If a company: (Attach a copy of Certificate of Incorporation with names and personal addresses of designated officers and directors).  
b) Compagnie (joindre une copie du certificat de constitution de la compagnie ainsi que les noms et adresses personnelles de dirigeants et administrateurs)

iii) Name/Nom	Telephone number/N° de téléphone
---------------	----------------------------------

Address/Adresse

**5. Has the applicant, or any director or officer of the applicant, been convicted under any law of any country or state or province thereof, of a criminal offence or are there any proceedings now pending?  No  Yes If Yes, give full particulars and information whether a full pardon has been granted.**

**5. Est-ce que le requérant- ou tout cadre ou administrateur de sac compagnie- a été jugé coupable d'un acte criminel en vertu d'une loi quelconque de tout pays, état ou province, ou fait-il actuellement l'objet de poursuites judiciaires?  Non  Oui Dans l'affirmative, donner des détails et indiquer s'il a été grâcié.**

**6. Does applicant own the Nursing Home premises?**  
**Le requérant est-il propriétaire de la maison de soins infirmiers?  No/Non  Yes/Oui**

**7. Name of Administrator/ Nom du directeur général**

Personal Address/Adresse personnelle

Telephone number/N° de téléphone

**8. Has the Administrator been convicted under any law of any country or state or province thereof, of a criminal offence or are there any proceedings now pending?  No  Yes If yes give full particulars and information whether a pardon has been granted.**

**Le directeur général a-t-il été jugé coupable d'un acte criminel en vertu d'une loi quelconque de tout pays, état ou province, ou fait-il actuellement l'objet de poursuites judiciaires?  Non  Oui Dans l'affirmative, donner des détails et indiquer s'il a été grâcié.**

*Please complete reverse side/Veuillez remplir le verso*



**9. Name of Advisory Physician/Nom de médecin conseil**

Address/Adresse

Telephone number/N° de téléphone

Agreement/Entente

Written/écrite **10. Name of Emergency Physician/Nom de médecin à appeler en cas d'urgence**

Address/Adresse

Telephone number/N° de téléphone

Agreement/Entente

Written/écrite  Verbal/verbale **11. Staff/Employés**(A) Registered Nurses, Director/Infirmières autorisées, directeur des soins  
Name/NomRegistration number  
N° matriculeHours worked per week  
Nbre d'heures de travail  
par semaine(B) Registered Nursing Assistants/Infirmières auxiliaires autorisées  
Name/NomRegistration number  
N° matriculeHours worked per week  
Nbre d'heures de travail  
par semaine(C) Health Care Aides, Director/Aides Infirmières  
Name/NomHours worked per week  
Nbre d'heures de travail  
par semaineOther Members of the Staff /Autres membres du personnel  
Name/NomHours worked per week  
Nbre d'heures de travail  
par semaine**12. (A) Dietitian/Diététicien****Cooks/Cuisinier(s)****Kitchen helpers/Aide(s) cuisinier(s)****(B) Housing (Kaundry, Maintenance, Cleaning, etc.)/Personnel d'entretien (lessive, nettoyage, entretien, etc.****(C) Pharmacist/Pharmacien****(D) Activity Director/Directeur des activités sociales****(E) Other/Autres employés**Do you admit as residents, persons eligible for admission to a licensed Nursing Home under *The Homes for Special Care Act, 1970* and the Regulation made thereunder? No  Yes  Number of Residents \_\_\_\_\_Les pensionnaires que vous recevez sont-ils susceptibles d'être admis dans maisons de soins infirmiers au sens défini dans la Loi sur les foyers de soins spéciaux et les règlements y afférents? Non  Oui  Nombre de pensionnaires \_\_\_\_\_

Signature(s) of Applicant(s), if an incorporated company, signature of the President and Secretary.

Signature(s) du (des) requérant(s), s'il s'agit d'une compagnie juridiquement constituée, signature du la président et du secrétaire.

Date

