

9. Outline of program activities/Énoncé des activités du programme

Number of hours Nombre d'heures	<input type="checkbox"/> Day/Jour	<input type="checkbox"/> Individual/ Particulier	Number of residents per session/ Nombre de pensionnaires par session
	<input type="checkbox"/> Week/ Semaine	<input type="checkbox"/> Group/Groupe	

10. Have resident(s) been included in and consented to program plan, *please elaborate.* / Les pensionnaires ont-ils été inclus dans le plan du programme et l'ont-ils approuvé? Élaborer.

11. Residents participating in program/Pensionnaires participant au programme

Resident's name/Nom du pensionnaire	Residential home/Nom de l'établissement	License number/ Numéro de permis

12. Evaluation plan for program, *include plan for assessing whether resident's individual objectives are being achieved.* / Plan d'évaluation du programme – Joindre le plan établi pour déterminer si les objectifs personnels des pensionnaires ont été atteints.

- Is program still needed/ Le programme est-il toujours nécessaire
 yes/oui no/non
 - Semi annual evaluation required./ Évaluation semestrielle requise.

13. Funding requirements, *all funding requests should be sufficient to represent the total expected cost of this program/activity and show a breakdown of the per diem rate.* / Aide financière demandée – Toutes les demandes de financement devraient pouvoir représenter le coût total prévu de ce programme ou de cette activité et comporter une ventilation du taux quotidien.

If space is not sufficient, attach additional sheet./S'il n'y a pas suffisamment d'espace, joindre une feuille supplémentaire.

Funding requirements continued/Aide financière demandée (suite)

Transportation required/Moyen de transport requis
Cost/ Coût | Source/Source

If known, provide information on the following:/Fournir les renseignements connus sur ce qui suit :

- | | |
|--|---|
| 1. Staff salaries/Salaires des employés | 3. Cost of premises (office space)/Coût des lieux (bureaux) |
| 2. Cost of supplies/Coût des fournitures | 4. Other costs/Autres coûts |

Signature of Homes for Special Care field staff/
Signature de l'employé du Bureau régional des foyers de soins spéciaux

Date, yyyy/mm/dd/ Date – aaaa/mm/jj