

ENVOYER à l'agent régional

 Régions du Centre-Est, du Centre-Ouest et de Toronto  
465 Davis Drive  
Newmarket L3Y 8T2  
1 800 486 4935

 Régions du Sud-Ouest, du Centre-Sud et du Centre-Ouest  
231, rue Dundas  
London N6A 1H1  
519 675 7680

 Régions du Nord et de l'Est  
159, rue Cedar  
Sudbury P3E 6A5  
705 564 3130

Date (aaaa/mm/jj)	Date d'entrée en vigueur des changements
Circonscription desservie	Téléphone

**Type de changement : cocher la case pertinente**

<input type="checkbox"/> Nouvel établissement	<input type="checkbox"/> Nouveau numéro de permis _____
<input type="checkbox"/> Nouveau propriétaire/exploitant	<input type="checkbox"/> Établissement fonctionnant sous un nouveau nom
<input type="checkbox"/> Changement de la capacité en lits _____	augmentation <input type="checkbox"/> ou réduction <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nouveau directeur	
<input type="checkbox"/> Fermeture de l'établissement – raison _____	
<input type="checkbox"/> Autre – préciser : _____	

**Situation antérieure**
**Nouvelle situation**

N° de permis	N° de permis
Nom de l'établissement	Nom de l'établissement
Adresse de l'établissement (rue, R.R., C.P.) :	Adresse de l'établissement (rue, R.R., C.P.) :
Ville Province	Ville Province
Postal code Telephone	Postal code Telephone
Nom du propriétaire/exploitant Chèques libellés à l'ordre de :	Nom du propriétaire/exploitant Chèques libellés à l'ordre de :
Adresse du propriétaire/exploitant (si elle diffère)	Adresse du propriétaire/exploitant (si elle diffère)
Si l'établissement appartient à une personne morale, donner le nom et le numéro d'enregistrement de la personne morale, ainsi que le nom des dirigeants/directeurs.	Si l'établissement appartient à une personne morale, donner le nom et le numéro d'enregistrement de la personne morale, ainsi que le nom des dirigeants/directeurs.
Nom du gérant	Nom du gérant
Capacité en lits	Capacité en lits

Si les changements effectués ont une incidence sur les renseignements bancaires, veuillez noter qu'il faut soumettre à la Direction de l'approvisionnement et des services financiers une « directive concernant le règlement des frais d'entretien mensuels » dûment remplie et signée et précisant le mode de paiement choisi.

Superviseur du Bureau régional des foyers de soins spéciaux (nom en caractères d'imprimerie)	Signature
Coordonnateur régional (nom en caractères d'imprimerie)	Signature

SUBMIT TO: Regional Officer

 **Central East, Central West and Toronto Regions**  
 465 Davis Drive  
 Newmarket L3Y 8T2  
 1 800 486 4935

 **South West, Central South and Central West Regions**  
 231 Dundas Street  
 London N6A 1H1  
 (519) 675 7680

 **North and East Regions**  
 159 Cedar Street  
 Sudbury P3E 6A5  
 (705) 564 3130

Date (yyyy/mm/dd)	Effective date of changes
Catchment area	Telephone

**Type of change: Check the following**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> New residential home                       | <input type="checkbox"/> New licence number _____                      |
| <input type="checkbox"/> New owner/operator                         | <input type="checkbox"/> New name of residential home                  |
| <input type="checkbox"/> Bed capacity change _____                  | Increase <input type="checkbox"/> or Decrease <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> New manager                                |  |
| <input type="checkbox"/> Closure of residential home – reason _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Other – specify, _____                     |  |

**Changed From**
**Changed To**

Licence No.	Licence No.
Name of residential home	Name of residential home
Address of residential home (Street address, R.R. #, P.O. Box):	Address of residential home (Street address, R.R. #, P.O. Box):
City/town Province	City/town Province
Postal code Telephone	Postal code Telephone
Name of owner/operator Cheques made payable to	Name of owner/operator Cheques made payable to
Address of of owner operator (If different from home address):	Address of of owner operator (If different from home address):
If home is owned by a corporation indicate corporation name and number and officers/directors.	If home is owned by a corporation indicate corporation name and number and officers/directors
Name of manager	Name of manager
Bed capacity	Bed capacity

If change(s) affect banking information, please note that an "Instruction Regarding Monthly Maintenance Payment" form completed and signed by the Residential Home Owner, indicating the selected payment mode, must be submitted to Supply & Financial Services.

Local HSC supervisor (print name)	Signature
Regional co-ordinator (print name)	Signature