Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Health Care Programs Division/
Division des programmes des soins de santé

Application for a Licence to Establish or Maintain and Operate a Nursing Home

Demande de permis d'établissement ou d'exploitation d'une maison des soins infirmiers

The Nursing Homes Act.
La Loi sur les maisons de soins infirmiers

General Information
(to be completed by owner of Nursing Home Business)
Renseignements généraux
(à remplir par le propriétaire de la maison de soins infirmiers)

1. Present Licence Number **Numéro de permis actuel**	Date of Expiration Date d'expiration du permis

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

Address/Adresse

Telephone Number/Nº de téléphone

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

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/Nº de téléphone

Address/Adresse

ii) **Name/Nom** — Telephone number/Nº de téléphone

Address/Adresse

iii) Name/Nom — Telephone number/Nº 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/Nº 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/Nº 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 médicin conseil

Address/Adresse

	Telephone number/Nº de téléphone	Agreement/Entente Written/écrite ☐

10. Name of Emergency Physician/Nom de médicin à appeler en cas d'urgence

Address/Adresse

	Telephone number/Nº de téléphone	Agreement/Entente Written/écrite ☐ Verbal/verbale ☐

11. Staff/Employés		
(A) Registered Nurses, Director/Infirmières autorisées, directeur des soins Name/Nom	Registration number Nº matricule	Hours worked per week Nbre d'heures de travail par semaine
(B) Registered Nursing Assistants/Infirmières auxiliaires autorisées Name/Nom	Registration number Nº matricule	Hours worked per week Nbre d'heures de travail par semaine
(C) Health Care Aides, Director/Aides Infirmières Name/Nom		Hours worked per week Nbre d'heures de travail par semaine
Other Members of the Staff /Autres membres du personnel Name/Nom		Hours 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 _____

Lespensionnaires 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 pensoinnaires _____

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