Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Homes for Special Care

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Foyers de soins spéciaux

Home Staff Change Notification
Avis de changement dans le personnel de l'établissement

Instructions: / Directives :
Home Owner / Operator to complete and forward to the Local HSC office. / Cette formule doit être remplie par le propriétaire/exploitant de l'établissement et envoyée au Bureau régional des foyers de soins spéciaux.

Name of residential home / Nom de l'établissement	HSC Licence No. / Nº de permis de l'établissement

Address of residential home / Adresse de l'établissement

Type of staff change: / Type de changement touchant l'effectif *(check applicable box and indicate effective date)*

☐ increasing staff / 1augmentation de l'effectif — Effective date: / En vigueur : _____ *from / du* _____ *to / au*

☐ decreasing staff / réduction de l'effectif — Effective date: / En vigueur : _____ *from / du* _____ *to / au*

☐ replacing staff / remplacement de personnel — Effective date: / En vigueur : _____

With staff change indicate the total no. of full-time staff
Indiquer le nombre total d'employés à temps plein après le changement _____

With staff change indicate the total no. of part-time staff
Indiquer le nombre total d'employés à temps partiel après le changement _____

Ratio of staff to residents
Ratio employés-pensionnaires _____ : _____

If new Manager, indicated name / Si un nouveau gérant est nommé, donner son nom

I certify that the information provided above is correct.
J'atteste que les renseignements qui précèdent sont exacts.

Name of Home Owner / Nom du propriétaire de l'établissement	
Signature of Home Owner / Signature du propriétaire de l'établissement	Date