Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Foyers de soins spéciaux

Formule de modification de l'établissement

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

☐ Nouvel établissement

☐ Nouveau propriétaire/exploitant

☐ Changement de la capacité en lits _____

☐ Nouveau directeur

☐ Fermeture de l'établissement – raison _____

☐ Autre – préciser : _____

☐ Nouveau numéro de permis _____

☐ Établissement fonctionnant sous un nouveau nom

augmentation ☐ ou réduction ☐

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

3592–41 (2002/02)

©Queen's Printer for Ontario, 2002 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2002

Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Homes for Special Care

Residential Home Amendment Form

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

☐ New residential home
☐ New owner/operator
☐ Bed capacity change_____
☐ New manager
☐ Closure of residential home – reason _____
☐ Other – specity, _____

☐ New licence number _____
☐ New name of residential home
Increase ☐ or Decrease ☐

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

Ontario Drug Baenefits | Pharmaceutical Services | Manager, Supply and Financial Services | Chief Trust Officer, Public Guardian and Trustee | Office of the Fire Marshall

3592–41 (2002/02)
©Queen's Printer for Ontario, 2002 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2002