



## ANNEXE 16

### CATÉGORIE DES SOINS AUX PERSONNES AYANT DES BESOINS MÉDICAUX ÉLEVÉS

Le demandeur principal doit remplir ce formulaire.

Si vous manquez d'espace pour inscrire tous les renseignements, veuillez poursuivre sur une feuille distincte que vous joindrez au formulaire. Inscrivez votre nom dans le haut de chaque feuille supplémentaire et indiquez le titre du formulaire ainsi que le numéro de la question à laquelle vous répondez.

#### 1. Votre nom au complet

Nom de famille

Prénom(s)

  

#### 2. Votre date de naissance

Année			Mois		Jour	

#### 3. Compétences linguistiques

a) Quelle sera votre langue d'usage au Canada?

☐ Français ☐ Anglais

b) Avez-vous fait évaluer vos compétences linguistiques en français ou en anglais en passant un test de compétences linguistiques approuvé par CIC?

☐ Oui ► Fournissez les **résultats originaux** pour les aptitudes à parler, écouter, lire et écrire.

☐ Non

#### 4. Expérience de travail au Canada

a) Avez-vous déjà travaillé au Canada à temps plein (au moins 30 heures/semaine) pendant au moins deux ans au cours des quatre dernières années dans l'une des professions admissibles?

☐ Oui ► Fournissez des preuves.

☐ Non

b) En débutant par votre profession actuelle, énumérez les professions que vous avez exercées dans les quatre dernières années précédant la date de votre demande. Donnez pour chacune d'elle les dates, les heures par semaine, la profession, la Classification nationale des professions (CNP) de quatre chiffres, le nom de l'employeur et les principales fonctions.

**Remarque :** Seuls les aides familiaux ou d'autres travailleurs occupant des emplois similaires peuvent faire une demande avec le CNP 4412. Aides ménagers ou autres professions sont exclus.

Du			Au			Heures/semaine	Profession
AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ		

Classification nationale des professions (CNP)

Nom de l'employeur

Principales fonctions

**4. Expérience de travail au Canada (suite)**

Du			Au			Heures/semaine	Profession
AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ		

--	--	--	--	--	--	--	--

Classification nationale des professions (CNP)

--	--	--	--

Nom de l'employeur

--

Principales fonctions

--

Du			Au			Heures/semaine	Profession
AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ		

--	--	--	--	--	--	--	--

Classification nationale des professions (CNP)

--	--	--	--

Nom de l'employeur

--

Principales fonctions

--

Du			Au			Heures/semaine	Profession
AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ		

--	--	--	--	--	--	--	--

Classification nationale des professions (CNP)

--	--	--	--

Nom de l'employeur

--

Principales fonctions

--

**5. Autorisation d'exercer au Canada**

Faites-vous une demande dans l'une des catégories suivantes: CNP 3012 - Infirmiers autorisés et infirmiers psychiatriques autorisés ou CNP 3233 - Infirmiers auxiliaires?

☐ Oui ► Fournissez une preuve d'enregistrement au sein d'un organisme territorial / provincial.

☐ Non ►

**6. Diplôme canadien OU Rapport d'évaluation des diplômes étrangers (EDE)**

Avez-vous un diplôme canadien d'études postsecondaires d'une année d'études (ou plus)?

☐ Oui ► Fournissez une copie de votre diplôme canadien d'études postsecondaires.

☐ Non ► Avez-vous obtenu un rapport d'EDE délivré par un organisme désigné par CIC prouvant que votre diplôme étranger équivaut à un diplôme canadien d'études postsecondaires nécessitant une année d'études (ou plus)?

☐ Oui ► Fournissez l'original d'un rapport d'EDE délivré par un organisme désigné et faisant mention d'études terminées menant à l'obtention d'un diplôme correspondant à un diplôme canadien.

☐ Non

Signature

Année Mois Jour