

RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:
 Bid Receiving Public Works and Government
 Services Canada/Réception des soumissions Travaux
 publics et Services gouvernementaux Canada
 Pacific Region
 401 - 1230 Government Street
 Victoria, B.C.
 V8W 3X4
 Bid Fax: (250) 363-3344

Revision to a Request for a Standing Offer

Révision à une demande d'offre à commandes

Regional Individual Standing Offer (RISO)

Offre à commandes individuelle régionale (OCIR)

The referenced document is hereby revised; unless
 otherwise indicated, all other terms and conditions of the
 Offer remain the same.

Ce document est par la présente révisé; sauf indication
 contraire, les modalités de l'offre demeurent les mêmes.

Comments - Commentaires

Vendor/Firm Name and Address

Raison sociale et adresse du
 fournisseur/de l'entrepreneur

Issuing Office - Bureau de distribution

Public Works and Government Services Canada -
 Pacific Region
 401 - 1230 Government Street
 Victoria, B. C.
 V8W 3X4

Title - Sujet RISO-Vocational Rehab		
Solicitation No. - N° de l'invitation G5799-110020/A		Date 2012-07-19
Client Reference No. - N° de référence du client G5799-110020		Amendment No. - N° modif. 001
File No. - N° de dossier VIC-1-34286 (250)	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME	
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$VIC-250-5974		
Date of Original Request for Standing Offer Date de la demande de l'offre à commandes originale		2012-07-17
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2012-08-27		Time Zone Fuseau horaire Pacific Daylight Saving Time PDT
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Sole, Mike		Buyer Id - Id de l'acheteur vic250
Telephone No. - N° de téléphone (250) 363-8444 ()		FAX No. - N° de FAX (250) 363-3344
Delivery Required - Livraison exigée		
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction:		
Security - Sécurité This revision does not change the security requirements of the Offer. Cette révision ne change pas les besoins en matière de sécurité de la présente offre.		

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

Acknowledgement copy required Accusé de réception requis	Yes - Oui <input type="checkbox"/>	No - Non <input type="checkbox"/>
The Offeror hereby acknowledges this revision to its Offer. Le proposant constate, par la présente, cette révision à son offre.		
Signature	Date	
Name and title of person authorized to sign on behalf of offeror. (type or print) Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du proposant. (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)		
For the Minister - Pour le Ministre		

Solicitation No. - N° de l'invitation

G5799-110020/A

Amd. No. - N° de la modif.

001

Buyer ID - Id de l'acheteur

vic250

Client Ref. No. - N° de réf. du client

G5799-110020

File No. - N° du dossier

VIC-1-34286

CCC No./N° CCC - FMS No/ N° VME

Cette modification est publiée pour inclure les annexes a-k qui n'étaient pas attachés à une soumission originale.

TOUTES LES AUTRES MODALITÉS DEMEURENT INCHANGÉES.

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE A

EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS

Sur recommandation de : Appel 1-800
Sans recommandation

Âge : 53

Sexe : Homme

Situation de famille : Séparé

Formation : 12^e année terminée
Carte de qualification de tuyauteur/monteur de conduites de vapeur obtenue en 1976
Carte de qualification de plombier/monteur de conduites de gaz obtenue en 1974

Logement : Propriétaire dans une collectivité urbaine/de banlieue de taille moyenne

Antécédents professionnels : **1998-2001 :** Responsable des installations pour un organisme de logement sans but lucratif des Premières Nations
1992-1997 : Responsable des installations pour la Ville
1974-1992 : Compagnon tuyauteur/plombier/monteur de conduites de gaz
Travailleur autonome

Travail bénévole : **2009-2011 :** Société Elizabeth Fry (président)

Antécédents financiers

Le client est prestataire du PPIRPC depuis 2002. Il reçoit 1 097 \$ par mois en prestations du PPIRPC.

Antécédents médicaux

Dans un rapport médical daté de 2002, le client a reçu un diagnostic de trouble schizoaffectif et de dépression/d'anxiété. Il est soigné par un médecin de famille et par un psychiatre. Prescription : Respirdal, Celexa, Clonazépam. Traitement : thérapie de groupe pour la dépression et l'anxiété; consultation d'un psychiatre toutes les six semaines.

Dans un rapport médical daté de 2008, le psychiatre indique que le diagnostic le plus constant et le plus durable est celui de phobie sociale avec crises de panique. Le client a connu par le passé un bref épisode de trouble psychotique provoqué par un stress extrême. Ses états psychotiques sont maîtrisés. Son état d'anxiété s'est amélioré. Un suivi régulier fera partie du traitement subséquent afin d'assurer le soutien du client. Médication actuelle : Risperidone. À ce

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

moment-là, le psychiatre ne conseillait pas que le client effectue un retour au travail à temps plein.

État actuel

Le client s'est proposé d'avoir une vie sociale plus active et d'accepter un travail non rémunéré. Il prend à l'occasion des doses de 0,5 mg de Clonazépam contre l'anxiété, au besoin. Le client demande de l'aide dans sa recherche de travail. Il estime qu'il possède des compétences professionnelles polyvalentes; il a été reçu en entrevue, mais sans succès.

Le médecin du client l'appuie dans sa démarche de retour au travail, avec un horaire à temps plein ou presque à temps plein, mais lui recommande d'éviter les emplois où les conflits interpersonnels peuvent se produire fréquemment.

Nota : Le client a fait appel au Programme de réadaptation professionnelle du RPC il y a quelques années. À ce moment-là, le gestionnaire de cas avait décidé que le client n'était pas prêt à entreprendre une démarche de réadaptation professionnelle en raison de son état de santé. Cependant, on a suggéré que le client participe à une activité préliminaire de réadaptation professionnelle, ce qu'il a fait au cours de la dernière année.

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE B

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE

Nom du client :

Date de la recommandation :

Adresse et numéro de téléphone du client : **Nom et numéro de téléphone du conseiller :**

Date des entrevues avec le client :

Date de l'entrevue avec le médecin :

Date de l'entrevue avec l'employeur (le cas échéant) :

Gestionnaire de cas de Service Canada :

Diagnostic

Motifs particuliers de la recommandation

Veuillez vous assurer que votre rapport aborde les aspects ci-dessous :

1. Profil psychosocial

Aspects subjectifs

- ◆ Perception générale du client
- ◆ Attitude générale du client
- ◆ Motivation : facteurs d'incitation et de dissuasion au retour au travail
- ◆ État cognitif
- ◆ État émotionnel

Aspects objectifs

- ◆ Objectifs personnels et professionnels du client
- ◆ Degré d'incapacité/de capacité perçu par le client
- ◆ Soutien disponible
- ◆ État matrimonial et responsabilités familiales

2. Description du milieu de vie du client

Nota : Si la rencontre n'a pas lieu chez le client, indiquez les explications du client à ce sujet.

3. Interventions médicales et de réadaptation (indiquées peut-être dans le rapport du médecin)

- ◆ Diagnostics principal et secondaire
- ◆ Interventions médicales récentes avec le consentement du client
- ◆ Interventions de réadaptation passées et actuelles avec le consentement du client
- ◆ Changement dans l'état de santé depuis le premier diagnostic
- ◆ Pronostic : possibilité d'« instabilité de l'état de santé »
- ◆ Lettre signée par le médecin du client ou synthèse de la rencontre avec le conseiller et/ou de la conversation téléphonique avec le médecin du client
- ◆ Considérations particulières et restrictions quant au retour au travail
- ◆ Médicaments, y compris la dernière fois que l'ordonnance a été modifiée/changée
- ◆ Besoin/utilisation d'appareils fonctionnels

ANNEXE B (suite)

4. Formation/profil professionnel

- ♦ Tests précédents (aptitudes, intérêts, carrière, etc.)
- ♦ Études, formation officielle, cours, certificats
- ♦ Toutes les expériences de travail antérieures (professions, durée, descriptions de travail)
- ♦ Compétences polyvalentes
- ♦ Objectifs professionnels et attentes du client relatives au retour au travail
- ♦ Volonté de l'employeur de prendre des mesures d'adaptation pour le client, de lui fournir un autre travail, de lui proposer un horaire et de lui verser un salaire (le cas échéant)
- ♦ Profil d'employabilité : aptitude aux études, qualités personnelles, aptitude au travail d'équipe
- ♦ Intérêts et passe-temps
- ♦ Travail bénévole

5. Situation financière

- ♦ Revenus et dépenses provenant d'autres sources
- ♦ Protection par d'autres programmes et/ou admissibilité à ceux-ci (prêts étudiants, programme d'AE, CAT, assureurs, etc.)

6. État fonctionnel

- ♦ Donnez une description du degré fonctionnel passé et actuel du client en fonction des entrevues effectuées avec le client, le médecin et l'employeur (un rapport de chaque entrevue sera transmis) en précisant le type d'invalidité touchant le client et son incidence sur ses activités actuelles : les soins personnels, le travail et les loisirs, les transports, la garde d'enfants, etc.
- ♦ Dressez une liste des obstacles actuels et potentiels à l'emploi et précisez ceux qui peuvent être atténués/minimisés (*p. ex. la garde d'enfants, les soins aux aînés, les transports, la formation/les compétences, les questions juridiques, les questions de santé, l'évolution des effectifs, la langue, la dépendance aux substances, etc.*)
- ♦ Déterminez si les objectifs du client sont réalistes et s'ils s'intègrent au mandat des programmes du RPC.

7. Recommandations

Choisissez la recommandation qui convient parmi les suivantes :

- a) Le client présente un potentiel de réadaptation et il est susceptible de réussir.
Précisez si le client peut désormais retourner au travail sans aide.
- b) Le client présente un certain potentiel de réadaptation, mais court un risque d'échec;
précisez les facteurs de risque.
- c) Le potentiel de réadaptation du client est incertain et doit être examiné davantage;
précisez les étapes/mesures requises.
- d) Le client ne présente aucun potentiel de réadaptation et ne devrait pas participer au programme.

Expliquez votre recommandation ainsi que les raisons pour lesquelles le RPC doit investir dans un programme de réadaptation professionnelle.

Expliquez si, selon vous, le prestataire demeure tout à fait incapable d'exercer toute occupation véritablement rémunératrice, ainsi que votre perception de ses capacités.

Signature du conseiller

Date

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE C

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

RAPPORT D'ANALYSE DU MARCHÉ DU TRAVAIL

Nom du client :

Date du rapport :

Adresse et numéro de téléphone du client : Nom et numéro de téléphone du conseiller :

(Nom du fournisseur de services) a effectué une enquête sur le marché du travail concernant ____ (type d'emploi) _____. Toute la recherche sur le marché du travail a été effectuée le ____ (ou) du ____ au ____.

DESCRIPTION DU POSTE

Titre du poste :

N° de la CNP :

Fonctions :

Capacités, intérêts, valeurs :

Exigences physiques/liées
à l'environnement de travail :

Exigences relatives aux qualifications/
à la formation :

POSTES RECHERCHÉS *(On s'attend à ce que le fournisseur de services communique avec trois entreprises et que le client communique avec cinq entreprises.)*

Poste :

Entreprise :

Personne-ressource :

Lieu :

Qualifications et responsabilités :

Exigences physiques :

Outils et équipement utilisés :

Déplacements :

Autorisation de sécurité requise : *(oui ou non)*

Fourchette des salaires :

Avantages sociaux de l'entreprise :

Heures :

Postes disponibles (passés, actuels et prévus) :

Accessibilité :

Répétez l'ensemble des en-têtes ci-dessus pour chaque entreprise qui a été jointe.

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

Résumé : *(Indiquez si le marché de l'emploi dans la région de résidence du client est favorable compte tenu de son choix de carrière, en fonction des renseignements recueillis ci-dessus.)*

Pièces jointes : Étude sur le marché du travail et postes affichés concernant le client.

_____ *(signature)* _____

Nom du conseiller

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE D

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

PLAN PERSONNALISÉ DE RÉADAPTATION (PPR)

Original (O/N) ____ Version révisée (O/N) ____ Si c'est le cas, n° de la révision : ____

Date : _____

Nom du client :	Gestionnaire de cas du PPIRPC :	
Adresse du client :	Conseiller en matière de réadaptation :	
	Adresse :	
N° de téléphone :	N° de téléphone :	
Emploi précédent :		
Formation :		
Attentes concernant de futurs emplois :		
OBJECTIF DE L'EMPLOI		
Retour au travail (même employeur)	Retour au travail (nouvel employeur)	Travailleur autonome
Même poste	Même poste	Même poste
Autre emploi	Autre emploi	Autre emploi
Travail modifié	Travail modifié	Travail modifié

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

<p><u>OBJECTIFS DE LA RÉADAPTATION</u></p>
<p>À court terme :</p>
<p>À long terme :</p>

Nom du client :						
<u>Phase d'évaluation</u> 6.1.1 Évaluation initiale 6.1.2 Confirmation/exploration des choix de carrière 6.1.3 Évaluations spécialisées <u>Phase de planification</u> 6.2.1 Élaboration d'un PPR 6.2.2 PPR révisé				<u>Phase d'intervention</u> 6.3.1 Activités de formation, d'acquisition de compétences et de perfectionnement du client 6.3.2 Activité de recherche d'emploi 6.3.3 Activité de suivi et d'évaluation en cours d'emploi (essai de retour au travail) 9.5 Rapports 10.3 Décaissements et dépenses de déplacement		
Phase	Objectif	Services/stratégies/biens requis	Fournisseur de services/biens	Coûts/Source de financement	Date de début	Date de fin

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

Coûts associés au PPIRPC/entrepreneur : _____						
Coûts associés au partenaire/client : _____						
Coûts totaux du PPR : _____						
<i>Je conviens de respecter mon plan de réadaptation et d'en assumer la responsabilité, notamment de demeurer en contact comme indiqué avec le fournisseur de services et de l'informer de tout changement de mon état de santé et/ou de ma situation de vie qui auront un effet sur l'évolution du plan de réadaptation. Il est entendu que le plan peut changer au besoin pendant tout le processus de réadaptation, qu'il pourra faire l'objet d'autres examens et exiger d'autres signatures.</i>						
Signature du client :					Date :	
Signature du conseiller :					Date :	
Organisme partenaire — Nom : _____					Date :	
Signature du représentant :						
Signature du gestionnaire de cas de SERVICE CANADA					Date :	
<i>J'accepte le plan de réadaptation décrit ci-dessus. La participation active du client au plan de réadaptation ne soulève aucune préoccupation d'ordre médical.</i>						
Signature du médecin :					Date :	
Je décline le plan <input type="checkbox"/>						
Signature du client :					Date :	
Signature du médecin :					Date :	
COMMENTAIRES :						

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE E

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

N° DU RAPPORT D'ÉTAPE ____

Date :

Nom du client :

Date du dernier rapport d'étape :

Adresse et numéro de téléphone du client : **Nom et numéro de téléphone du conseiller :**

Dates où le client a été joint :

Gestionnaire de cas de Service Canada :

Phase actuelle de réadaptation du client : (p. ex. 6.3.2 *Activité de recherche d'emploi*)

Nota : Évitez de répéter les renseignements figurant dans les rapports précédents ou dans la recommandation.

RÉSUMÉ D'ACTIVITÉ

Dressez une liste de toutes les activités effectuées depuis le dernier rapport d'étape et indiquez la date de chaque activité (la date des activités facturables devrait correspondre à celle de la facturation).

RÉSUMÉ DES COMMUNICATIONS

Client/employeur/médecin/établissement d'enseignement/autres

ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL/DE PLACEMENT (pour la phase 6.3.2)

-Dressez une liste précise des employeurs qui ont été joints, des renseignements sur l'emploi et le salaire, des éléments de la réponse de l'employeur/du résultat

RESSOURCES COMMUNAUTAIRES UTILISÉES (pendant la période visée)

DEGRÉ DE SUIVI/DE COLLABORATION DU CLIENT

- Commentaires sur l'intérêt, la motivation et les efforts particuliers faits par le client.

DESCRIPTION DES PROBLÈMES/ENJEUX

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

- Nouveaux obstacles qui pourraient retarder le processus de réadaptation, ainsi que les mesures prises/recommandations

PREUVE DE CAPACITÉ/D'INCAPACITÉ AU TRAVAIL

PROCHAINS JALONS IMPORTANTS POUR LE CLIENT

COÛT TOTAL À CE JOUR :

COÛTS PRÉVUS POUR MENER LE DOSSIER À TERME (s'ils sont différents de ceux de la phase d'élaboration du PPR) :

Coût associé aux fournisseurs/aux services : *Par exemple, 6.3.1 Surveiller le programme du client* — ___heures x ___ \$ = ____\$

MOTIF DE CHANGEMENT DU COÛT DU PLAN DE RÉADAPTATION

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

PRÉDICTION DU RÉSULTAT (RÉUSSITE ou ÉCHEC)

Intervention requise du gestionnaire de cas du programme de réadaptation professionnelle de Service Canada

(Signature)_____

Nom du conseiller _____

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE F

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

ACCORD DE RECHERCHE D'EMPLOI

Original (O/N) _____ Version révisée (O/N) _____ Si c'est le cas, n° de la révision : _____

Date : _____

Nom du client :	Gestionnaire de cas du PPIRPC :
Adresse du client :	Conseiller en matière de réadaptation :
N° de téléphone du client :	N° de téléphone du conseiller :

Dans le cadre de la participation active de (*nom du client*) au Programme de réadaptation professionnelle du Régime de pensions du Canada (RPC), le RPC a convenu de parrainer (*nom du client*) aux fins d'une **recherche d'emploi de _____ mois** facilitée par (*nom de l'entrepreneur*), du (*date*) au (*date*).

(*Nom de l'entrepreneur*) fournira à (*nom du client*) des feuillets d'inscription des employeurs qui ont été contactés pour lui permettre de documenter ses efforts de recherche d'emploi toutes les deux semaines. On s'attend à ce que (*nom du client*) communique avec un **minimum de _____ employeurs par jour (_____ employeurs par semaine)** et qu'il ou elle présente ces feuillets à (*nom de l'entrepreneur*) une fois par semaine/aux deux semaines (*encerclez l'une des deux options*). (*Nom du client*) convient de joindre les clubs de recherche d'emploi, de consulter des banques d'emplois et d'autres ressources communautaires et de transmettre les renseignements recueillis à (*nom de l'entrepreneur*) toutes les deux semaines. (*Nom de l'ENTREPRENEUR*) convient de l'aider de manière indépendante dans sa recherche d'emploi.

(*Nom du client*) convient de concentrer ses efforts de recherche d'emploi parmi les professions suivantes : (*dressez une liste des professions*).

(*Nom de l'entrepreneur*) convient de communiquer régulièrement et de manière continue chaque semaine avec (*nom du client*) pour l'aider dans le processus de recherche d'emploi. Cette aide peut consister à fournir des copies supplémentaires de curriculum vitæ et de lettres d'accompagnement, au besoin, à trouver des employeurs potentiels et des occasions de travail

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

(et/ou les sources d'information où ils peuvent être trouvés) et à soutenir de manière continue la recherche d'emploi tout au long de la période de recherche d'emploi.

Si (*nom du client*) réussit à obtenir un emploi véritablement rémunérateur au cours de la période de recherche d'emploi de ____ mois, ses prestations d'invalidité seront prolongées pendant la période d'essai de retour au travail d'au moins trois mois. (*Nom du client*) convient d'informer (*nom de l'entrepreneur*) de tout emploi ou de rémunération liée à un emploi obtenu pendant la recherche d'emploi et la période d'essai de retour au travail.

Je conviens de respecter les conditions précisées ci-dessus et d'assumer la responsabilité d'effectuer ma propre recherche d'emploi du mieux que je peux.

Signature du client :	Date :
Signature du conseiller :	Date :

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

ANNEXE G

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

FEUILLET D'INSCRIPTION DES EMPLOYEURS

Nom du client : _____

Date	Type de communication Téléphone En personne	Entreprise	Personne-ressource	Rappel	Demande d'emploi en personne	Envoi du curriculum vitae ou de la demande d'emploi	Entrevue d'emploi	Résultat
		Nom :	Nom :	Date :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Adresse :	N° de téléphone :	Heure :				
		Nom :	Nom :	Date :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Adresse :	N° de téléphone :	Heure :				

Annexes : Renseignements obligatoires pour les rapports et les modèles

		Nom :	Nom :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	
		Adresse :	N° de téléphone :	Heure :					Heure :	
									Personne-ressource :	
		Nom :	Nom :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	
		Adresse :	N° de téléphone :	Heure :					Heure :	
									Personne-ressource :	
		Nom :	Nom :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	Date :	
		Adresse :	N° de téléphone :	Heure :					Heure :	
									Personne-ressource :	

ANNEXE H

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

RAPPORT DE SUIVI DE RAT

Date :

Nom du client :

Adresse et n° de téléphone du client :

Dates des communications avec le client :

Dates des communications avec l'employeur :

Date du dernier rapport d'étape :

Nom et n° de téléphone du conseiller :

Gestionnaire de cas de Service Canada :

1. Renseignements généraux sur l'emploi

- ◆ Date de retour au travail :
- ◆ Nom de l'employeur :
- ◆ Adresse de l'employeur :
- ◆ Titre du poste :
- ◆ Type de travail :
- ◆ Nombre d'heures de travail par jour/semaine :
- ◆ Salaire par heure/semaine/mois :
- ◆ Rémunération totale par mois :
- ◆ Date/raison de la cessation d'emploi (le cas échéant) :

Type de travail : Veuillez fournir des détails

- ◆ Emploi continu/permanent, temporaire (date de fin), saisonnier (date de fin)?
- ◆ Travail autonome?

S'il s'agit d'un travail à temps partiel

- ◆ Est-ce la décision du client? S'agit-il du seul travail disponible? Est-ce parce que le client ne peut pas en faire plus?

2. Évaluation du rendement selon la perception du superviseur *(s'il n'y a pas eu de communication avec des employeurs, veuillez en fournir la raison)*

- ◆ Tolérance du client à l'égard des exigences de l'emploi
- ◆ Dispositions particulières prises par l'employeur pour prendre des mesures d'adaptation
- ◆ Temps de travail perdu en raison d'une maladie? Si OUI, veuillez fournir des explications.

3. Évaluation du rendement selon la perception du client

- ◆ Tolérance du client à l'égard des exigences de l'emploi
- ◆ Dispositions particulières prises par l'employeur pour prendre des mesures d'adaptation
- ◆ Temps de travail perdu en raison d'une maladie? Si OUI, veuillez fournir des explications.

4. Problèmes/enjeux importants cernés

5. Recommandations

Signature du conseiller

Date

ANNEXE I

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

RAPPORT DE CLÔTURE

Date :

Nom du client :

Adresse et numéro de téléphone du client :

Nom et numéro de téléphone du conseiller :

Gestionnaire de cas de Service Canada :

1. Aperçu de toutes les activités et de tous les résultats du PPR.

2. Preuve de la capacité ou de l'incapacité du client de retourner à une occupation véritablement rémunératrice :

3. Recommandations

- *Si le client est incapable d'obtenir un emploi véritablement rémunérateur, formulez des recommandations, s'il y a lieu.*
- *Si le client a obtenu un emploi véritablement rémunérateur et travaille, formulez des recommandations pour qu'il puisse conserver son emploi, s'il y a lieu.*

4. Total des coûts facturés dans le présent cas :

- Total des services du fournisseur : _____ \$
- Décaissements/déplacement : _____ \$
- Total _____ \$

Confirmation/déclaration de retour de toutes les données relatives au présent dossier (O) (N)

Signature du conseiller

Date

ANNEXE J

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RCP

MODÈLE DE FACTURE

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA MODÈLE DE FACTURE
--

Date	
Nom de l'offrant	
Direction générale/adresse de l'offrant (où le paiement doit être envoyé)	
Numéro de dossier de l'offrant	
Numéro de facture de l'offrant	
Nom du conseiller en réadaptation	

Client (nom de famille et prénom)	
Numéro d'approvisionnement ou de demande	
Gestionnaire de cas de réadaptation professionnelle de Service Canada	

FRAIS D'ADMINISTRATION

Phase 6.1.1	Évaluation initiale (incluant le rapport) : _____ \$/h X ____ h =	\$
6.1.2	Activité de confirmation/d'exploration des choix de carrière (incluant le rapport) : _____ \$/h X ____ h =	\$
6.1.3	Frais d'administration des évaluations spécialisées : _____ \$/h X ____ h = seulement	\$
6.2.1	PPR : _____ \$/h X ____ h =	\$
6.2.2	PPR révisé : _____ \$/h X ____ h =	\$
6.3.1	Activité de formation, d'acquisition de compétences et de perfectionnement du client : _____ \$/h X ____ h =	\$
6.3.2	Activité de recherche d'emploi :	
	a) Préparation à la recherche d'emploi : _____ \$/h X ____ h =	\$

	b) Aide à la recherche d'emploi : ____ mois ____ \$/h X ____ h/mois =	\$
	c) Perfectionnement professionnel et placement : ____ \$/h X ____ h =	\$
6.3.3	Activité de suivi et d'évaluation en cours d'emploi : ____ \$/h X ____ h =	\$
9.4	Rapports : a) Rapports d'étape : ____ rapports ____ \$/h X ____ h/rapport =	\$
	b) Rapport de suivi de retour au travail : ____ \$/h X ____ h =	\$
	c) Rapport de clôture : ____ \$/h X ____ h =	\$
	Déplacement — Période de déplacement du conseiller seulement : <i>La facturation se fait selon un taux de 75 % du taux horaire en vigueur pendant le déplacement pour les deux premières heures, puis selon un taux de 100 % par la suite.</i> ____ \$ Taux en vigueur pendant la phase de réadaptation au cours de laquelle le déplacement a eu lieu X (75 %) X ____ h ____ \$ Taux en vigueur pendant la phase de réadaptation au cours de laquelle le déplacement a eu lieu X (100 %) X ____ h	\$
6.0	Services financiers (versements des décaissements) ____ \$ Taux en vigueur pendant la phase de réadaptation au cours de laquelle le paiement a été effectué X 0,5 h X nombre de paiements	\$
	TOTAL PARTIEL DES FRAIS D'ADMINISTRATION	Case A \$
	TPS (Alb., Sask., Man.) (5 % de la Case A ci-dessus); TVH (C.-B. seulement) (12 % de la Case A)	Case B \$

DÉCAISSEMENTS/DÉPENSES DE DÉPLACEMENT (au prix coûtant, sans majoration)

6.1.3	Évaluations spécialisées – Précisez	\$
6.3.2	Activité de recherche d'emploi (<i>si sous-traitée</i>)	\$
	Dépenses de déplacement du conseiller (<i>sauf la durée des déplacements du conseiller</i>) indiqué dans le formulaire de demande d'indemnité de déplacement présenté.	\$
	Autres : comprend toutes les autres dépenses qui ne sont pas indiquées ci-dessus (par exemple les frais de scolarité, les livres, les produits et services de soutien aux personnes handicapées, l'équipement adapté) Précisez et fournissez les reçus	\$
	TOTAL PARTIEL DES FRAIS LIÉS AUX DÉCAISSEMENTS (<i>TPS/TVH non applicables</i>)	Case C \$

TOTAUX

	TOTAL DES COÛTS LIÉS AUX SERVICES ET AUX DÉCAISSEMENTS (sauf la TPS/TVH) Total de la Case A + Case C	\$
	+ TPS ou TVH (Case B de la page précédente)	\$
	= TOTAL DE TOUS LES COÛTS (TPS/TVH COMPRISES) (Cases A+B+C)	\$

NOTA :

- ♦ Si la durée d'une phase de réadaptation excède le **maximum d'heures indiqué dans la plus récente demande**, les heures en trop ne seront pas payées.
- ♦ Les frais d'administration doivent être facturés pour des périodes maximales d'un quart d'heure pour les heures de service réelles, jusqu'au maximum préapprouvé. Si le nombre d'heures de service réelles dans une phase donnée est moins élevé que le nombre maximum d'heures indiqué dans la demande, **seules les heures réelles peuvent être facturées.**
- ♦ Une liste détaillée et **par article** est requise pour toutes les dépenses et tous les frais d'administration réclamés.
- ♦ Tous les frais de déplacement doivent être préapprouvés par le gestionnaire de cas de RHDCC.
- ♦ Pour toutes les dépenses de déplacement, il faut produire un formulaire de demande d'indemnité de déplacement rempli et signé par le conseiller/le client qui a fait le déplacement.
- ♦ Il est OBLIGATOIRE de produire les reçus originaux pour les dépenses des déplacements.
- ♦ Il est préférable de produire les reçus originaux pour les demandes de remboursement qui ne concernent pas les déplacements, et ceux doivent être joints à la facture appropriée. **Si le conseiller/le client produit une photocopie du reçu original, le fournisseur doit produire une déclaration signée sur la photocopie du reçu indiquant que le reçu original est conservé dans le dossier du client.**
- ♦ Si vous produisez une facture révisée, veuillez inscrire « **RÉVISÉ** » à côté de la date en haut de la facture.
- ♦ Les coûts de déplacement de l'entrepreneur seront remboursés en fonction des taux de remboursement des déplacements du Conseil du Trésor.
Les taux actuels de remboursement des déplacements du Conseil du Trésor figurent sur le site suivant :
http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/tbm_113/menu-travel-voyage-fra.asp :
 - TPS/TVH — Facturez-nous seulement le montant exact versé, sans tenir compte des décaissements. N'ajoutez pas la TPS de 5 % ni la TVH de 12 % (peu importe si les coûts liés aux décaissements comprennent la TPS/TVH)
 - Soustraire la TPS de 5 % et la TVH de 12 % facturées dans la catégorie « Frais d'administration » de tous les totaux.
 -

On doit produire les modèles de facture sur du papier à correspondance officielle de l'entreprise.

ANNEXE K

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

PROGRAMME DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE DU RPC

DEMANDE D'INDEMNITÉ DE DÉPLACEMENT

À remplir par la personne ayant effectué le déplacement (client/entrepreneur)

Organisation : _____ N° de facture : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Client : _____

BUT DU DÉPLACEMENT : _____

DATE DE DÉBUT DU DÉPLACEMENT : _____ DATE DE FIN DU
DÉPLACEMENT : _____

LIEU DE DÉPART : _____

DESTINATION : _____

HEURE DE DÉPART : _____ HEURE DE RETOUR : _____

NOMBRE TOTAL DE JOURS DE DÉPLACEMENT : _____

REÇUS DE TRANSPORT OBLIGATOIRES	
Tarif aérien par billet	\$
Taxi, autobus, train	\$
Voiture : Taux/km _____ \$ x km parcourus _____ =	\$
Autre (précisez)	\$
Total partiel	\$
REPAS ET FRAIS COMPLÉMENTAIRES	

(SELON LES TAUX DU CT — AUCUN REÇU OBLIGATOIRE)		
Déjeuner (départ de la résidence avant 6 h 30)	_____ X _____ jours	\$
Dîner	_____ X _____ jours	\$
Souper (arrivée à la résidence après 19 h 30)	_____ X _____ jours	\$
Frais complémentaires (pour un séjour de plus de 24 heures seulement)	_____ X _____ jours	\$
Total partiel		\$
REÇUS D'HÉBERGEMENT OBLIGATOIRES		
Hôtel/motel	_____ X _____ jours	\$
Autre (précisez)	_____ X _____ jours	\$
Total partiel		\$
DÉPENSES TOTALES		\$

Signature de la personne ayant effectué le déplacement : **Date :** _____

Le présent formulaire doit être joint à la facture et être conforme à la politique du Conseil du Trésor sur les déplacements. Des reçus et la facture détaillée sont obligatoires, le cas échéant.