

CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA



**DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION DE
TRAVAILLEURS AUTOCHTONES DE SOUTIEN À LA CLIENTÈLE EN
TOXICOMANIE**

FORMULAIRES	PAGE
Instructions pour remplir cette trousse de demande	3
Liste de contrôle	4
Formulaire d'assurance	6
Formulaire d'antécédents professionnels	7
Formulaire de vérification d'emploi <i>(Photocopiez le formulaire si vous avez eu différents employeurs)</i>	8
Formulaire de qualifications scolaires <i>(Photocopiez le formulaire si vous avez des études / formation de plus de 3 établissements d'enseignement)</i>	9
CAAPDC-Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation alternatifs d'un candidat	10
Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation alternatifs	11
Formation offerte par des fournisseurs externes	12
Instructions pour remplir le formulaire à la page 13	
Formulaire de vérification de la formation dispensée par des formateurs externes ou internes	13
Formulaire d'évaluation du superviseur <i>(pages 14 à 18)</i>	14
Glossaire des termes <i>(Référence du superviseur)</i>	18
Référence du superviseur	19
Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs	20
Lettre de recommandation no 1 - Personnel <i>(À l'aide du formulaire fourni, obtenez une lettre de référence personnelle d'une personne qui vous connaît (et non un parent) depuis au moins trois ans.)</i>	21
Lettre de recommandation no 2 - Professionnel <i>(À l'aide des formulaires, obtenez une lettre de référence professionnelle d'une personne qui vous connaît depuis une année complète.)</i>	23
Formulaire de consentement <i>(divulgation de renseignements)</i>	25
Plan de mieux-être à compléter et à signer <i>(Gardez-en une copie pour vous-même)</i>	26
Le Code d'éthique de CAAPDC daté et signé	28
Où soumettre votre demande	29
Résumé des normes et des exigences	30

Pour remplir votre demande, vous devrez également fournir d'autres documents. Une liste de contrôle complète de tous les formulaires et documents que vous devez envoyer est incluse à la page 4.

Instructions pour remplir cette trousse de demande

Avez-vous consulté le **Résumé des normes et des exigences pour les travailleurs en toxicomanie en soutien à la clientèle autochtone ci-joint (page 30)** pour confirmer que vous avez vérifié que votre expérience, vos qualifications académiques et votre éducation /formation répondent à ces normes et exigences de certification ?

Si oui, veuillez cocher cette case

Félicitations ! Vous êtes maintenant prêt à atteindre votre objectif de devenir un **travailleur certifié de soutien à la clientèle autochtone en toxicomanie (CICSAW)**.

Cette trousse contient tous les formulaires dont vous avez besoin pour faire une demande de certification.

Maintenant que vous avez téléchargé la trousse de demande, vous êtes responsable de ce qui suit :

1. remplir vos sections et rassembler tous les documents à l'appui requis
2. s'assurer que vos références, votre superviseur, vos employeurs remplissent leurs parties
3. en envoyant tout, y compris les frais de demande qui correspondent à votre situation* au bureau de l'ICBOC. Il y a une liste de contrôle à la page 4 pour vous aider. Tout le matériel doit arriver dans notre bureau dans une seule enveloppe.

* Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le site Web de CAAPDC à : <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

VEUILLEZ CONSERVER UNE PHOTOCOPIE DE LA TROUSSE DE DEMANDE DÛMENT REMPLIE POUR VOS DOSSIERS.

Pour comprendre les normes et les exigences de certification pour cette certification, veuillez consulter le **Résumé des normes et des exigences pour les travailleurs autochtones certifiés en soutien à la clientèle**, disponible sur notre site Web à www.icboc.ca, Cliquez sur <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/certified-indigenous-client-support-addictions-worker-cicsaw/>

Si votre superviseur et vos répondants souhaitent garder leurs références confidentielles (y compris l'évaluation du superviseur), veuillez leur fournir une enveloppe (aucune n'est incluse dans la trousse de demande) avec les renseignements suivants imprimés au recto.

Exemple : pour une lettre de recommandation, l'information à l'extérieur de l'enveloppe doit porter les renseignements suivants : Lettre de recommandation pour (Écrivez votre prénom et votre nom de famille)

Vos documents de demande seront d'abord reçus, enregistrés, datés et classés par notre coordonnateur administratif. Votre dossier de demande sera transmis à notre registraire pour examen **seulement lorsque la trousse complète** avec le chèque ou le mandat-conseil (à l'ordre du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou de l'ICBOC) aura été reçue. Assurez-vous d'inclure votre adresse de retour à l'extérieur de l'enveloppe contenant votre dossier de demande.

IMPORTANT : Vous pourriez changer d'adresse au cours des deux années précédant le renouvellement de votre certification, et nous ne serons pas en mesure de vous contacter à l'ancienne adresse. **N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse futur.**

Si vous avez des questions concernant la trousse de demande, les exigences en matière de formation ou au sujet de l'ICBOC, veuillez nous appeler au 450-983-8444 par courriel à registrar@icboc.ca

Nous sommes impatients de recevoir votre dossier de candidature et de vous aider de toutes les manières possibles.

Le conseil d'administration et le personnel de CAAPDC

Liste de contrôle

Vous êtes responsable de soumettre **TOUS les** formulaires suivants au registraire à l'adresse indiquée à la page 27. **Veillez visiter notre site Web pour d'autres informations et documents liés à cette certification** (www.icboc.ca).

	Formulaire de renseignements personnels
	Formulaire d'assurance
	Formulaire d'antécédents professionnels
	Formulaire de vérification de l'emploi
	Formulaire de qualifications scolaires
	Copie de vos certificats ou diplômes d'établissements d'enseignement
	Copie de vos relevés de notes avec le nombre d'heures de cours pour chaque cours
	Rapport de stage/stage (s'il y a lieu)
	Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation alternatifs
	Formulaire de vérification de la formation dispensée par des formateurs externes ou internes
	Photocopie des certificats pour les formations dispensées par des formateurs externes ou internes
	Description de poste complète actuelle
	Formulaire d'évaluation du superviseur
	Lettres de recommandation no 1 - référence personnelle
	Lettres de recommandation no 2 - référence professionnelle
	Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs
	Formulaire de consentement (<i>divulgarion de renseignements</i>)
	Achèvement et signature d'un plan de mieux-être personnel
	Code d'éthique daté et signé
	Paiement des frais de certification*, sous la forme d'un chèque ou d'un mandat, payable au Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou CAAPDC

* Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le site Web de CAAPDC à : <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

Tous les formulaires requis qui composent la trousse de demande doivent être reçus par le registraire comme **une trousse complète** pour que nous entriez traiter votre demande. Conservez les originaux de vos certificats, ainsi qu'une copie des autres documents dans votre demande pour vos propres dossiers.

Si vous avez besoin de plus d'informations ou d'aide, veuillez contacter le bureau de CAAPDC au 450-983-8444 ou par courriel à registrar@icboc.ca

L'adresse pour soumettre votre demande est fournie à la page 29

Renseignements personnels

Très important : Veuillez vous assurer que vos coordonnées peuvent être lues clairement pour éviter les erreurs lorsque nous souhaitons communiquer avec vous par la poste, par courriel ou par téléphone. Une adresse e-mail facilite la communication.

NOM COMPLET DU DEMANDEUR _____
Prénom Milieu Nom

Poste actuel _____

Êtes-vous un travailleur du PNNADAP ? _____ traitement résidentiel ? ou un service communautaire

ADRESSE DOMICILIAIRE _____
Rue

_____ Ville Province Code postal

TÉLÉPHONE À LA MAISON (____) _____ COURRIEL _____

EMPLOYEUR ACTUEL _____

ADRESSE D'AFFAIRES _____
Rue

_____ Ville Province Code postal

TÉLÉPHONE D'AFFAIRES (____) _____ COURRIEL _____
Courriel de travail

AFFILIATION/ORGANISATION DES PREMIÈRES NATIONS _____

Veillez cocher votre point de contact préféré

BUREAU À DOMICILE

Formulaire d'assurance

J'atteste que je présente volontairement cette demande et que je me soumetts librement à l'évaluation du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. J'accepterai la décision de CAAPDC et j'accepterai l'entière responsabilité de toutes les conséquences du processus de demande de certification.

En tant que travailleur en toxicomanie en soutien à la clientèle autochtone inscrit au CAAPDC, j'accepte de respecter et de respecter les politiques, les procédures, le code d'éthique et les décisions du conseil d'administration et de ses agents. Ce « Code d'éthique » définit les responsabilités envers soi-même, la famille, les collègues, les clients, le public et les Nations.

J'atteste que je n'ai pas d'antécédents d'abus d'alcool ou d'autres substances pendant une période minimale de trois (3) ans immédiatement avant de présenter cette demande.

À ma connaissance, les informations contenues dans le présent document sont vraies et correctes.

J'autorise les membres ou les représentants de CAAPDC à contacter et à obtenir des informations de toute référence, employeur ou établissement d'enseignement jugé nécessaire dans l'évaluation de cette demande.

Je renonce à mon droit d'examiner les résultats de telles demandes de renseignements faites aux références, aux employeurs ou aux établissements d'enseignement. Je renonce à mon droit d'examiner toute lettre d'approbation ou référence personnelle. Je renonce à mon droit d'examiner le compte rendu des délibérations de la Commission lors de l'examen de la présente demande.

DATE : _____ SIGNATURE _____

NOM D'IMPRESSION : _____

Antécédents professionnels

Candidat : Veuillez énumérer les postes rémunérés à temps plein, en commençant par votre poste actuel et en revenant consécutivement pour au moins **cinq postes et / ou cinq ans**.

1. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____
TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année
PRINCIPALES FONCTIONS _____

2. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____
TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année
PRINCIPALES FONCTIONS _____

3. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____
TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année
PRINCIPALES FONCTIONS _____

4. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____
TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année
PRINCIPALES FONCTIONS _____

5. EMPLOYEUR _____ SUPERVISEUR _____
TITRE DU POSTE _____ DATES : à partir de _____ à _____
mois/jour/année
PRINCIPALES FONCTIONS _____

Formulaire de vérification de l'emploi

Demandeur : Si une vérification par plus d'un employeur est requise pour satisfaire à la norme d'expérience de travail des travailleurs en toxicomanie certifiés en soutien à la clientèle autochtone, veuillez photocopier ce formulaire et le faire remplir par ces autres employeurs.

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du demandeur dont le nom apparaît en haut de cette page et qui présente une demande au Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada pour obtenir la certification en tant que travailleur en toxicomanie en soutien à la clientèle autochtone. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant des compétences en matière de bien-être et de toxicomanie. **Veillez retourner le formulaire rempli et signé au demandeur, si vous préférez, vous pouvez le retourner dans une enveloppe scellée.** Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

Nom de l'organisation employeur _____

Adresse _____ Téléphone _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur ou du superviseur (imprimé) _____

Titre de l'employeur/superviseur : _____

Poste de demandeur _____ Employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Principales fonctions _____

Autres postes précédemment occupés par le candidat dans votre organisation (le cas échéant) :

1. Titre d'emploi _____ employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

2. Titre d'emploi _____ employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

Signature de l'employeur/superviseur : _____ Date : _____

Qualifications scolaires

Dans l'espace ci-dessous, veuillez fournir des informations sur votre formation. *Veuillez noter qu'il existe des différences provinciales dans le système d'éducation canadien aux niveaux secondaire et postsecondaire. Veuillez préciser vos titres de compétences universitaires.

A. Enseignement secondaire : (case à cocher appropriée)

Diplôme d'études secondaires GED Autres* _____
(veuillez préciser)

B. Études postsecondaires :

Avez-vous suivi un programme d'études postsecondaires ? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez fournir des détails pour chaque programme d'études postsecondaires :

Nom de l'université ou du collège :

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

Nom de l'université ou du collège : _____

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

Nom de l'université ou du collège : _____

(Cochez la case appropriée) Grade Diplôme Certificat Autres*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre* _____

Année reçue du grade, diplôme, certificat _____

Déclaration concernant l'apprentissage et la formation alternatifs du demandeur

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA DÉCLARATION À LA PAGE 11

Qu'est-ce que l'apprentissage et la formation alternatifs ?

En tant qu'organisme de certification autochtone fondé sur la culture, CAAPDC reconnaît que, pour diverses raisons, il est parfois difficile de suivre une formation en dehors de la communauté. Nous croyons que les connaissances et les compétences peuvent également être acquises par d'autres moyens. CAAPDC examine trois situations distinctes où ce type d'apprentissage et de formation alternatif peut être acquis et reconnu :

Quelles situations sont reconnues comme un apprentissage ou une formation alternatifs ?

Situation 1. Participation à des activités culturelles/traditionnelles dans le cadre de votre travail de guérison avec les clients. En assistant et / ou en participant à ces activités avec vos clients, pendant les heures de travail, vous acquérez des compétences et des connaissances sur comment et pourquoi ces activités peuvent avoir un impact sur le rétablissement et le bien-être de votre client.

Situation 2. Les enseignements ou les conseils culturels que vous avez reçus d'un Aîné à votre lieu de travail, au cours de votre horaire de travail. Cela pourrait être lié à des questions relatives à votre propre capacité à interagir avec vos clients, pour lesquelles vous cherchez des conseils dans le but d'améliorer vos interventions et vos relations.

Situation 3. Formation que vous avez développée et offerte vous-même à l'interne à vos collègues, à vos clients ou aux gens de votre communauté. En partageant vos connaissances avec les autres, vous acquérez également des compétences et des connaissances précieuses vous-même. Parmi les compétences que vous acquérez, vous avez les compétences de présentation, les compétences interpersonnelles, la communication, l'analyse, les compétences de gestion du temps, etc...

La communication de vos connaissances n'est pas un processus à sens unique. Votre public est toujours composé de personnes qui peuvent également apporter leurs propres idées, points de vue, apprentissages, valeurs, etc. Cela aura un impact et améliorera vos propres connaissances. Nous encourageons les employeurs et les superviseurs à favoriser le partage des connaissances qui existent déjà parmi leur personnel. La création d'une communauté ou d'un cercle d'apprentissage en milieu de travail améliore l'apprentissage individuel et collectif.

IMPORTANT

- Veuillez lire attentivement, utiliser et remplir le formulaire ci-dessous et / ou toutes les copies que vous soumettez exactement comme indiqué, sinon il / elles ne seront pas acceptées.
- **Veillez remplir une copie du formulaire page 11 ci-dessous par situation** (mais vous pouvez faire des photocopies de chaque formulaire correspondant à une situation donnée si vous avez besoin de plus d'espace)..
- Vous pouvez faire des photocopies de chaque formulaire correspondant à une situation donnée si vous avez besoin de plus d'espace.
- **N'énumérez pas les apprentissages ou les formations acquis dans plusieurs situations sous une seule forme.**
- **N'utilisez pas ce formulaire pour énumérer la formation offerte par des formateurs ou des facilitateurs externes.** Si vous avez suivi des formations internes ou d'autres formations dans d'autres formats, mais fournies par **des facilitateurs externes**, veuillez utiliser et remplir le formulaire à la page 13.
- Veuillez noter que **le nombre maximal d'heures acceptées** dans le cadre de la Déclaration d'apprentissage/formation alternatif **pour TOUS les formulaires soumis ne doit pas dépasser 26 heures.**
- **S'assurer que chaque copie** des formulaires soumis **est remplie au besoin par une personne qualifiée pour le signer** (Aîné, employeur, directeur exécutif, superviseur, coordonnateur de la formation, gestionnaire des ressources humaines ou toute autre personne responsable de la formation du personnel et avec qui on peut communiquer avec elle).
- **S'il n'est pas possible pour un Aîné de remplir et de signer un formulaire pour la situation 2, il peut être rempli par l'une des autres personnes qualifiées.** Cependant, le nom et les coordonnées de l'aîné **DOIVENT** être fournis sur le formulaire, sinon ils ne seront pas acceptés.

CAAPDC - Déclaration confirmant l'apprentissage et la formation alternatifs d'un candidat

En tant qu'organisme de certification autochtone fondé sur la culture, CAAPDC reconnaît qu'il existe d'autres moyens d'apprentissage qui n'impliquent pas de suivre une formation en classe, et nous pensons que les connaissances et les compétences peuvent également être acquises par d'autres moyens.

Nous félicitons les employeurs et les superviseurs qui encouragent le partage des connaissances qui existent déjà sur leur lieu de travail. La création d'une communauté ou d'un cercle d'apprentissage en milieu de travail est un excellent moyen d'améliorer et de motiver les connaissances individuelles et collectives.

IMPORTANT : Veuillez lire, utiliser et remplir attentivement ce formulaire, comme indiqué. **À défaut de le faire, les formulaires seront annulés.**

- **N'utilisez pas ce formulaire pour toute formation offerte par des formateurs/facilitateurs externes.** Si vous avez suivi une formation interne, dispensée par des facilitateurs externes, veuillez demander des certificats et les soumettre avec votre demande
- Utilisez **UN** formulaire pour chaque type de situation et de signataire – photocopiez le formulaire au besoin
- Le nombre total d'heures dans **TOUS** les formulaires soumis ne doit **pas dépasser 26 heures.**

Veuillez utiliser ce formulaire pour documenter uniquement les heures de **formation acquises par les trois (3) autres moyens énumérés** ci-dessous. **Assurez-vous qu'il est rempli au besoin par une personne qualifiée pour le signer** (employeur, Aîné, directeur exécutif, superviseur, coordonnateur de la formation, gestionnaire des ressources humaines ou toute autre personne responsable de la formation du personnel et qui peut être contactée). Si un Aîné n'est pas en mesure de signer, une autre personne désignée peut se porter garante de l'activité, s'assurer que le nom et les coordonnées de l'Aîné sont fournis)

Un maximum de 26 heures pour tous les apprentissages acquis dans une ou toutes les situations énumérées sera accepté. Dans le cas de votre renouvellement de certification, cela pourrait représenter plus de la moitié des 40 heures requises :

Situation 1. Participation à des activités culturelles/traditionnelles **dans le cadre de votre travail avec les clients.**

Situation 2. Les enseignements ou les conseils culturels que vous avez reçus **d'un Aîné à votre lieu de travail, au cours de votre horaire de travail.**

Situation 3. La formation que vous avez vous-même offerte à l'interne à vos collègues, à vos clients ou au public. Dans ce cas, **veuillez également soumettre** à la fois une copie de la description de la session de formation, y compris le titre, les objectifs d'apprentissage, la description du contenu et l'ordre du jour.

Date de la présente déclaration		Nom du demandeur	
Nom de l'organisation ou de l'organisme employeur			
Nom de la personne qualifiée pour signer cette déclaration			
Titre du poste de la personne qui signe cette déclaration			
Téléphone		Courriel	
Liste des formations suivies par ce demandeur			
Date de formation	Titre de la session de formation		Heures
Remarque : Si vous avez besoin de plus d'espace pour énumérer la formation à laquelle le candidat a assisté ou terminé, veuillez photocopier cette page. Veuillez vous assurer que la section déclaration ci-dessous est remplie.			
DÉCLARATION			
Je, soussigné, affirme que je suis la personne qualifiée pour fournir cette lettre de déclaration et que j'ai vérifié la formation reçue par le demandeur susmentionné. Je déclare que les renseignements fournis dans cette lettre sont exacts et véridiques.			
Signature de la personne qualifiée _____			
Date _____		Numéro de téléphone _____	
Année	Mois	Jour	

Formation offerte par des fournisseurs externes INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE À LA PAGE 13

La page 13 du formulaire vise à documenter la formation que vous avez suivie et qui a été offerte par des fournisseurs externes.

Qui sont considérés comme des fournisseurs externes ?

- Les formateurs/animateurs qui sont invités à votre lieu de travail ou dans votre communauté pour offrir de la formation. Ces deux formats de formation sont considérés comme de la formation interne. mais vous devez utiliser le formulaire page 13 pour énumérer ces formations et soumettre les preuves requises.
- Animateurs, présentateurs ou instructeurs qui ont donné la formation que vous avez donnée à l'extérieur de votre lieu de travail ou de votre communauté

Types de formations offertes par des fournisseurs externes

• Formation interne

La formation offerte dans votre lieu de travail ou dans votre collectivité est considérée comme une formation interne. Mais vous devez utiliser le formulaire page 13 pour répertorier ces formations et soumettre les preuves requises.

• Formation externe

Les éléments suivants sont considérés comme de la formation externe, offerte par des fournisseurs externes:

- Cours ou programmes officiels offerts par des universités ou des collèges ou d'autres établissements d'enseignement (en ligne ou en classe)
- Formation informelle sous forme d'ateliers, de cours autonomes, de webinaires, y compris ceux dispensés par des formateurs indépendants ou dans le cadre de conférences (en ligne ou en classe)

Quelles sont les preuves de formation acceptées par CAAPDC ?

- 1. Certificats :** Vous êtes responsable d'obtenir des certificats de présence ou d'achèvement auprès de fournisseurs de formation externes. Les certificats doivent être soumis pour chaque formation terminée et doivent porter les renseignements suivants : le nom ou le logo du fournisseur de formation, votre nom complet, la ou les dates de la formation, le ou les titres de la formation et le nombre d'heures de formation, ainsi que la signature du fournisseur de formation ou de l'animateur. Les certificats qui n'indiquent pas ces éléments d'information ne sont pas acceptés. Lorsque seule la ou les dates de formation sont indiquées sur les certificats, CAAPDC accorde 6,5 heures pour chaque jour de formation.
- 2. Déclarations ou affidavits :** Si, dans des circonstances particulières, vous n'avez pas accès à un certificat ou ne pouvez pas l'obtenir, CAAPDC acceptera une déclaration sur papier à en-tête de l'employeur, d'une personne qualifiée pour se porter garante de la formation que vous avez complétée. Cela comprend votre employeur/directeur exécutif, votre superviseur, le gestionnaire des ressources humaines du coordonnateur de la formation ou du gestionnaire. La déclaration doit mentionner votre nom complet, la ou les dates de la formation, le(s) titre(s) de la formation et le nombre d'heures de formation, ainsi que les coordonnées complètes et lisibles du signataire qualifié.
- 3. Les relevés de notes officiels** sont requis lorsque vous avez obtenu votre diplôme d'un programme de formation d'un collège, d'une université ou d'un autre établissement d'enseignement.
- 4. Les relevés de notes non officiels** sont acceptés pour les programmes qui ont été partiellement terminés.
 - Le nom de l'établissement, de l'étudiant et du programme doit être documenté sur ces relevés de notes.
 - **Veillez fournir le lien Internet vers le programme** afin que CAAPDC puisse examiner les descriptions de cours. CAAPDC pourrait vous demander une description des cours suivis.
- 5. Preuve de la participation à la formation à la conférence** si votre formation a été complétée dans le cadre d'une conférence, veuillez fournir un certificat indiquant le titre et les heures de chaque session à laquelle vous avez assisté. Reçus d'inscription, copie du programme de la conférence, etc... ne sont pas acceptés comme preuve de présence et d'achèvement

Formulaire d'évaluation du superviseur (pages 14 à 18)

Remarque à l'intention du demandeur : si la personne à qui vous demandez de remplir ce formulaire n'a pas été votre superviseur depuis au moins six (6) mois, veuillez copier ce formulaire et demander à votre ancien superviseur de fournir également ses commentaires.

NOM DU DEMANDEUR : _____

À remplir par le demandeur

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du demandeur dont le nom apparaît ci-dessus et qui présente une demande de certification à la Commission de certification autochtone du Canada en tant que travailleur en toxicomanie autochtone en soutien à la clientèle. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant des compétences en matière de bien-être et de toxicomanie. **Veillez retourner le formulaire dûment rempli et signé au demandeur, si vous préférez, le retourner au demandeur dans une enveloppe scellée.** Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUPERVISÉ LE DEMANDEUR : _____

Veillez indiquer le pourcentage de temps que le demandeur consacre à ce qui suit au cours d'une semaine de travail :

Brève intervention/counseling % Planification des activités de soins et de bien-être %
Supervision/soutien des clients %

IMPORTANT : Veuillez placer une croix (x) dans la case qui reflète le plus fidèlement les connaissances, les compétences ou les compétences du candidat pour chacun des énoncés

Clé de notation : 1 = Besoin de plus de formation / expérience 2 = Adéquat 3 = Bon 4 = Excellent

CICSAW – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DE BASE EN TOXICOMANIE ET EN SANTÉ MENTALE				
Introduction aux dépendances (dans une perspective autochtone)	1	2	3	4
Connaissance de diverses formes de dépendances, y compris la toxicomanie, les solvants et les dépendances aux processus				
Connaissance des signes et des symptômes de la toxicomanie et/ou de la polytoxicomanie, y compris les aspects physiques et psychologiques				
Connaissance des principes de base et des définitions de la pharmacologie				
Connaissance des effets des dépendances sur les individus, la famille et la communauté				
Capacité d'identifier les liens associés à la résilience et à d'autres facteurs de protection et de prédisposition				
Scores				
Total Score Addictions				
Introduction au bien-être mental	1	2	3	4
Connaissance des éléments culturels qui soutiennent le bien-être mental et qui sont nécessaires à une vie individuelle, communautaire et familiale saine				
Connaissance des déterminants sociaux de la santé qui sont essentiels au soutien et au maintien du bien-être				
Connaissance de la relation entre le colonialisme et la santé mentale				
Connaissance des façons autochtones de connaître et de comprendre la santé mentale				
Connaissance des maladies mentales ou des problèmes de santé mentale souvent vécus par les clients atteints de troubles concomitants				
Scores				
Score total bien-être mental				
Note maximale requise - Dépendances et bien-être mental				40

CICSAW – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES À L'APPUI DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE				
Communication interpersonnelle	1	2	3	4
Capacité d'utiliser l'écoute active et d'encourager une communication bidirectionnelle saine				
Capacité de communiquer efficacement pour établir et maintenir des relations d'aide avec les clients et les membres de la famille				
Faire preuve de respect et d'attitude sans jugement envers les clients, les collègues, les autres professionnels et les organismes.				
Parle sa langue autochtone				
Entrevue motivationnelle	1	2	3	4
Connaissance de base des techniques et des avantages de l'entrevue motivationnelle				
Capacité d'utiliser ces techniques pour apporter des changements positifs dans les valeurs et le comportement du client.				
Pharmacologie	1	2	3	4
Connaissance de base des classifications et des noms des substances psychoactives et de leurs principaux effets cliniques				
Capacité d'administrer en toute sécurité les médicaments du client				
Brève intervention de counseling	1	2	3	4
Connaissance d'une gamme d'approches de counseling brèves				
Capacité d'utiliser ces approches d'une manière culturellement appropriée				
Résolution des conflits	1	2	3	4
Connaissance des approches et des techniques de résolution des conflits				
Capacité d'utiliser ces approches et outils pour diffuser et résoudre efficacement les conflits				
Autosoins	1	2	3	4
Connaissance des valeurs et des pratiques traditionnelles globales qui soutiennent et soutiennent le bien-être				
Capacité d'élaborer et de suivre un plan de bien-être personnel basé sur les facettes mentales, émotionnelles, physiques et spirituelles d'une vie saine et équilibrée.				
Capacité de reconnaître ses limites et de demander de l'aide au besoin				
Éducation des clients	1	2	3	4
Capacité d'acquérir des connaissances étendues et approfondies au profit des clients et des collègues				
Connaissance et utilisation de techniques de présentation efficaces pour le partage des connaissances				
Capacité de faire correspondre les techniques d'éducation à une variété de publics, leur capacité à comprendre				
Questions de sécurité	1	2	3	4
Connaissance des techniques et des approches qui préviennent une variété d'incidents, de dangers et d'accidents				
Connaissance des techniques et des approches qui doivent être appliquées dans une variété d'incidents, de dangers et d'accidents				
Scores				
Total Score				
Note maximale requise - Connaissances et compétences à l'appui de la pratique professionnelle				80

CICSAW - 8 FONCTIONS DE BASE				
1. EXAMEN PRÉALABLE ET ÉVALUATION PRIMAIRES	1	2	3	4
Connaissance de l'importance de la sensibilisation culturelle et de la sécurité dans les services d'identification et d'intervention précoces				
Capacité de cerner et de comprendre les besoins, les préoccupations et les enjeux des clients				
Connaissance du rôle de l'évaluation en tant que composante d'un plan axé sur le client				
Connaissance des outils de collecte de données pour le dépistage, l'admission et l'évaluation des clients				
Capacité de documenter les renseignements sur les clients, en respectant toutes les procédures, tous les modèles ou tous les guides pertinents pour assurer l'exhaustivité et l'exactitude				
2. PLANIFICATION DES ACTIVITÉS DE SOINS ET DE MIEUX-ÊTRE	1	2	3	4
Capacité de faire participer les clients au processus décisionnel menant à la planification d'activités de promotion de la santé individuelle ou familiale				
Capacité d'élaborer des plans de soins en mettant fortement l'accent sur les forces des clients, l'identité culturelle, l'engagement et la résilience				
Capacité de considérer le rôle de la famille et le détachement des enfants comme des facteurs de succès de la planification des soins				
Sensibilisation aux besoins en matière de soins médicaux, de sécurité et de soutien pour forger et maintenir un mode de vie de bien-être				
Capacité de traduire l'information sur l'évaluation en plans de soins avec des objectifs et des résultats clairs				
3. FACILITATION DES SOINS	1	2	3	4
Capacité de décrire au client la nature générale et les objectifs du programme, les règles régissant la conduite du client, etc.				
Capacité d'inclure les membres de la communauté et de la famille dans la facilitation des soins et de s'assurer que les autres fournisseurs de services du client ont accès à des informations partagées				
Capacité d'expliquer les traumatismes et les traumatismes intergénérationnels dans un contexte autochtone et démontre que les pratiques de guérison autochtones sont valorisées				
Capacité de trouver et de soutenir l'accès aux services culturels et aux systèmes de soutien communautaire pour tous les clients				
Capacité de partager les résultats de l'évaluation avec les clients et leurs familles et de travailler sur leurs réactions et / ou leur résistance à cette évaluation				
4. SUPERVISION ET SOUTIEN DES CLIENTS	1	2	3	4
Capacité de suivre les politiques et les procédures de supervision et d'orientation des clients				
Capacité d'aider les clients à maintenir des normes appropriées de comportement et d'attitudes selon les pratiques d'intervention thérapeutique établies				
Fournit des soins de soutien par des moyens informels, y compris les membres de la communauté et de la famille				
Capacité de s'assurer que le processus et les procédures de renvoi des clients sont suivis conformément aux politiques				
Capacité de superviser, de coordonner et de faciliter les activités récréatives, sociales et de conditionnement physique quotidiennes				
Scores				
Score total cette page				
Score maximum requis pour cette page				80

CICSAW - 8 FONCTIONS DE BASE (Suite)				
5. ENGAGEMENT CLIENT	1	2	3	4
Capacité pour reconnaître les comportements et les mécanismes de défense de déni et pour motiver les clients				
Capacité d'encourager les clients à développer et à utiliser des groupes de soutien impliquant à la fois la famille et la communauté pour rester concentrés sur leur parcours de guérison				
Capacité d'utiliser de l'artisanat ou de travailler avec ses mains (p. ex., perlage, couture, dessin et activités similaires) comme processus soutenant l'engagement des participants				
Capacité d'encourager les clients à développer et à utiliser des groupes de soutien impliquant à la fois la famille et la communauté pour rester concentrés sur leur parcours de guérison				
Capacité de créer un environnement positif et encourageant pour toutes les activités impliquant les clients et leur famille				
6. BRÈVE INTERVENTION/COUNSELING	1	2	3	4
Capacité d'assurer aux clients que tous les efforts sont déployés pour comprendre leur point de vue				
Capacité d'adapter les interventions brèves pour qu'elles soient adaptées à la culture et à la situation des clients				
Compréhension des avantages de l'utilisation d'interventions brèves				
Capacité de faire correspondre les modèles de comportement et de changement de comportement aux besoins et aux objectifs des clients				
Connaissance des approches et des techniques d'entrevue pour motiver et engager les clients				
7. ÉDUCATION DES CLIENTS	1	2	3	4
Comprend comment l'implication des clients dans les décisions concernant leur propre cheminement de traitement aide à rebrancher les voies du cerveau				
Capacité d'intégrer la narration pour enseigner la culture autochtone tout en se connectant à l'identité culturelle et en enseignant des compétences et des connaissances pertinentes en matière de bien-être				
Capacité d'utiliser les médias communautaires et d'autres moyens pour promouvoir des activités de santé communautaires pertinentes sur le plan culturel				
Capacité de coordonner ou d'offrir des activités de groupe ou individuelles pour améliorer les relations familiales				
Capacité de partager des connaissances et d'être un modèle en termes d'engagement personnel envers la guérison personnelle, les relations positives et un mode de vie sain				
8. SÉCURITÉ DES CLIENTS	1	2	3	4
Capacité de superviser efficacement les clients qui s'auto-administrent des médicaments et d'informer les professionnels chevronnés si l'utilisation incorrecte de est soupçonnée				
Connaissance de ce qui constitue une crise - capacité de reconnaître un client en crise				
Capacité d'assurer des pratiques de conduite sécuritaires lorsqu'il s'agit d'assurer le transport des clients vers les activités, les sorties et les rendez-vous				
Capacité de participer pleinement à toutes les mesures, politiques et procédures de sécurité et de sûreté assurant la sécurité des clients, des collègues et des intervenants				
Capacité de signaler les blessures ou les maladies du client et d'y réagir de façon appropriée				
Scores				
Score total cette page				
Note maximale requise – Les 8 fonctions de base				160

COMPÉTENCES CULTURELLES				
Compétences culturelles	1	2	3	4
Connaissance et compréhension des répercussions de la colonisation sur les peuples autochtones				
Connaissance du traumatisme intergénérationnel découlant du système des pensionnats indiens				
Capacité de mettre en œuvre et d'intégrer la culture, les croyances, les valeurs et les traditions dans les interventions				
Capacité d'appuyer et d'aider les clients à participer aux aspects traditionnels et culturels du rétablissement spirituel (cérémonies et autres activités culturelles et spirituelles)				
Comprend les impacts positifs des soins culturellement appropriés sur le rétablissement et le bien-être				
Utilise sa langue autochtone dans les services fournis aux clients				
Scores				
Score total Compétences culturelles				
INTÉGRITÉ PROFESSIONNELLE				
Attitude professionnelle	1	2	3	4
Capacité de maintenir une relation authentique, chaleureuse, solidaire, compatissante, saine et équilibrée avec les clients				
Capacité d'être exemplaire, courtois et avec tact dans toutes les situations et interactions				
Communiquez honnêtement, évitez d'induire en erreur ou de susciter des attentes déraisonnables chez les autres				
Capacité de travailler sous supervision et de coopérer avec d'autres membres du personnel ainsi que de fonctionner efficacement avec une supervision minimale				
Capacité de respecter les coutumes et les croyances des autres				
Éthique professionnelle	1	2	3	4
Connaissance des valeurs et des enseignements qui guident la conduite personnelle et professionnelle dans les relations				
Connaissance des lignes directrices, des politiques et des procédures de conduite éthique professionnelle en place sur le lieu de travail				
Connaissance des droits légaux des clients				
Fait preuve d'engagement à développer et à maintenir des compétences professionnelles				
Engagement à traiter tous les clients avec respect (indépendamment de l'âge, de l'identité de genre, de la race, de l'origine ethnique, de la culture, de l'origine nationale, de la religion, de l'orientation sexuelle, du handicap, du statut socioéconomique ou de tout autre fondement)				
Scores				
Total Score Intégrité professionnelle				
Note maximale requise - Compétences culturelles et intégrité professionnelle				60

GLOSSAIRE DES TERMES - Référence du superviseur

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

RÉFÉRENCE DU SUPERVISEUR - Veuillez commenter ce qui suit

Caractère moral _____

Professionalisme _____

Statut communautaire _____

Activités non liées à l'alcool et à la drogue _____

Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances _____

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes _____

Nom du superviseur (veuillez imprimer) : _____

ADRESSE _____
Rue Ville

Province Code postal Téléphone (____) _____

Signature : _____

Date : _____

CAAPDC n'exige **pas** de vérification du casier judiciaire dans le cadre de notre processus de certification. La responsabilité de s'assurer que les vérifications sont effectuées pour protéger la sécurité et le bien-être du client incombe à l'employeur. Pour en savoir plus sur la politique de CAAPDC sur la vérification du casier judiciaire, veuillez contacter l'ICBOC.

**LETTRE DE DÉCLARATION CONCERNANT LA VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE
D'UN DEMANDEUR QUI PRÉSENTE UNE DEMANDE DE CERTIFICATION AUPRÈS DE L'ICBOC**

Nom de l'applicant _____

Nom de l'organisation ou de l'institution où le candidat est employé _____

Nom de l'employeur _____

Je, _____ affirme que je suis l'employeur du demandeur.

Je déclare en outre que, conformément à toutes les lois applicables, une vérification du casier judiciaire a été effectuée sur le demandeur avant le début de l'emploi et / ou dans les 90 jours suivant la demande d'accréditation et que, en tant qu'employeur, je suis convaincu que le demandeur ne pose aucun risque pour les clients.

Je confirme que je suis la personne autorisée à signer cette déclaration et que les renseignements que j'ai fournis dans cette déclaration sont exacts et complets.

Signature de l'employeur _____

Date : _____

¹ Par « employeur », on entend toute personne qui est légalement responsable d'assurer la vérification des vérifications du casier judiciaire de tous les employés et qui est autorisée à signer la présente déclaration

Lettre de recommandation personnelle no 1

À l'appui d'une demande de certification en tant que travailleur en toxicomanie en soutien à la clientèle autochtone

NOM DU DEMANDEUR : _____
À remplir par le demandeur

La personne susmentionnée a présenté une demande de certification en tant que travailleur en toxicomanie en soutien à la clientèle autochtone auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada . Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Veillez ne pas fournir ces informations à moins que vous ne connaissiez personnellement le demandeur depuis au moins trois ans.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR :

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (case à cocher appropriée)

Ami Collègue Superviseur Non parenté (Cochez cette case s'il y a lieu)

Veillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Professionalisme _____

3. Standing communautaire _____

4. Activités non liées à l'alcool et aux drogues _____

5. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances (durée de non-consommation) _____

6. Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes _____

Lettre de recommandation personnelle no 1 (deuxième page)

7. Activités bénévoles _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente _____

S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature _____

Date : _____

Veillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.

Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 1)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Lettre de recommandation professionnelle no 2

À l'appui d'une demande de certification en tant que travailleur en toxicomanie certifié en soutien à la clientèle autochtone

NOM DU DEMANDEUR : _____
À remplir par le demandeur

La personne susmentionnée a présenté une demande de certification à titre de travailleur autochtone de soutien à la clientèle en toxicomanie avec le Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada . Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Vous devez connaître le candidat professionnellement depuis au moins trois ans.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR :

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (case à cocher appropriée)

Ami Collègue Superviseur Non parenté (Cochez cette case s'il y a lieu)

Veuillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Professionnalisme _____

3. Standing communautaire _____

4. Activités non liées à l'alcool et aux drogues _____

5. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances (durée de non-consommation) _____

6. Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes _____

Lettre de recommandation professionnelle no 2 (deuxième page)

7. Activités bénévoles _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente _____
S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature _____

Date : _____ **Veillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.**
Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 1)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Consentement à la divulgation de renseignements

Je, _____, de _____
Imprimer le nom de l'employé Imprimer le nom de l'employeur ou de l'organisation

par la présente, autorise et consent à la divulgation d'informations ou de documents relatifs à ma demande de certification à des personnes que CAAPDC pourrait avoir besoin de consulter aux fins de la certification, **sauf** aux personnes / et / ou organisations nommées ci-dessous (écrivez une liste des noms de personnes ou d'organisations à qui CAAPDC **ne devrait pas** divulguer vos informations) :

Si vous autorisez CAAPDC à divulguer des informations, vous pouvez toujours choisir de limiter les informations divulguées. Veuillez indiquer ci-dessous les informations que vous ne souhaitez pas être divulgué :

Ce consentement à la divulgation d'informations peut être retiré à tout moment sur demande écrite adressée au Conseil de certification et / ou il expirera à la date d'expiration de votre certification CAAPDC

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature du témoin : _____

Remarque : Le Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ne vous inclura pas dans son Registre des professionnels certifiés si nous n'avons pas ce formulaire de consentement de votre part.

Cercle de vie

Tous les **travailleurs en toxicomanie certifiés en soutien à la clientèle autochtone** auront un plan personnel de santé et de bien-être. Ce plan est un plan d'action quotidien continu qui maximise le potentiel de l'individu dans chaque quadrant du Cercle de vie.

Vous trouverez ci-dessous une liste pour vous aider à élaborer votre plan de mieux-être personnel. Utilisez-le chaque jour, gardez à l'esprit cet équilibre dans votre propre vie est votre propre responsabilité qui reflète votre crédibilité.

« Ma Sagesse de Choix est mon grand cadeau reçu du Créateur. Je m'inspire des enseignements et de la sagesse des aînés que je connais et que je respecte. Leurs idées fournissent la vision dont j'ai besoin pour découvrir mon but.

Apportez des modifications, des ajouts ou des modifications à la liste ci-dessous, c'est un guide conçu pour vous aider à démarrer.

1. Énumérez ce qui est nécessaire pour rester équilibré dans chacun de vos quatre quadrants.
2. Prenez le temps de considérer les sentiments, les actions et les pensées communs qui soutiennent votre bien-être total.

Exemples :

a. Forces

Compétences en relations humaines, douceur, sens de l'humour, perspicacité, respect, vision, espoirs et rêves, dévouement, engagement, compétences, expérience, connaissances.

b. Spirituel

Cérémonies traditionnelles/culturelles, prière, lectures spirituelles, méditation.

c. Émotionnel

Pratiques culturelles, guérison, environnement de travail, aventure, repos et détente, sentiments, vertus, croyances, valeurs, estime de soi.

d. Physique

Aliments nutritifs, exercice, corps et environnement propres, non-fumeurs, sans alcool, sans drogues, rapports sexuels protégés.

e. Mental/Social/Culturel

Vie professionnelle, vie scolaire, social et amusant, connaissances financières, connaissances en santé, pratiques culturelles. La famille nucléaire et élargie, les relations, les vieux et les nouveaux amis, les nouvelles informations, l'expression de soi, la gestion de la colère.

Mon plan de mieux-être personnel

Mon nom : _____ Date : _____ Signature : _____

A. Mes **Forces**: _____

Qu'est-ce qui peut m'empêcher d'utiliser mes forces pour atteindre les objectifs que je choisis pour moi-même : _____

B Pour mon bien-être **Spirituel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

C. Pour mon bien-être **Émotionnel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

D. Pour mon bien-être **Physique** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

E. Pour mon bien-être **Mental** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

CODE D'ÉTHIQUE DE L'ICBOC

Ce « code d'éthique » que nous choisissons de respecter repose sur l'intégrité culturelle de la philosophie traditionnelle de guérison autochtone. Veuillez le signer et le dater, et le soumettre avec votre demande

- S'abstenir de l'abus de substances et des dépendances de processus pendant notre mandat en tant que professionnels de la toxicomanie certifiés autochtones.
- Efforcez-vous d'intégrer les enseignements spirituels de nos ancêtres dans notre vie quotidienne. Assumer la responsabilité personnelle de la croissance continue grâce à l'éducation, à la formation et à un plan de bien-être développemental.
- Soyez dédié au concept que les dépendances sont traitables, et l'objectif principal est de maintenir le rétablissement et le bien-être du client.
- Montrez un véritable intérêt à aider et à servir les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et soyez dédié au concept de bien-être, de récupération et de guérison holistique.
- Honorer les enseignements culturels et traditionnels qui permettent aux clients de choisir un mode de vie sain.
- Reconnaître la valeur thérapeutique de l'humour.
- Accepter et montrer du respect pour la diversité de tous les peuples et honorer leur race, leur couleur, leurs croyances, leur âge, leur orientation sexuelle, leurs pratiques culturelles et spirituelles et leurs points de vue.
- Respectez le client en maintenant une relation professionnelle objective en tout temps. Évitez les relations doubles en tout temps.
- Protéger la confidentialité de tous les renseignements acquis par des professionnels. La divulgation de ces renseignements n'est faite que lorsque la loi l'exige ou le permet, ou lorsque les clients ont consenti à la divulgation. Cela comprend tous les documents, documents et communications.
- S'engager à fournir un service de la plus haute qualité possible. Cela est démontré par une interaction professionnelle continue avec le client et, au besoin, par l'utilisation d'autres professionnels de la santé et / ou services pour aider et guider le client dans son rétablissement et son bien-être.
- Évaluer les forces, les limites, les préjugés et l'efficacité personnels et professionnels et être prêt à reconnaître quand il est dans l'intérêt du client de les diriger ou de les libérer vers d'autres personnes ou programmes de soutien.
- Être respectueux, travailler au sein de l'établissement et s'efforcer d'améliorer les politiques institutionnelles et les fonctions de gestion.
- Respectez toutes les politiques, codes d'éthique, code de conduite et toute autre clause, réglementation, stipulation en vigueur sur votre lieu de travail et que vous êtes responsable d'appliquer dans votre vie personnelle et / ou professionnelle
- Assurer la sécurité et le bien-être des clients en respectant toutes les lois fédérales et/ou provinciales applicables du Canada concernant les vérifications du casier judiciaire.

Signature de la signature

Date : _____

Nom (veuillez imprimer)

OÙ SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Si vous avez des questions ou avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter, nous sommes là pour vous aider.

Veuillez envoyer votre demande, avec les frais de certification* à l'adresse suivante. Chèques et mandats à faire à CAAPDC.

Registrar, ICBOC

C.P. 3999

Kanesatake (Québec)

J0N 1E0

Téléphone : 450-983-8444

Courriel : registrar@icboc.ca

Site Web : www.icboc.ca

*Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter la liste des frais sur le site Web de CAAPDC à l'adresse suivante :

<https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

**RÉSUMÉ DES NORMES ET DES EXIGENCES
TRAVAILLEUR EN TOXICOMANIE CERTIFIÉ EN SOUTIEN À LA
CLIENTÈLE AUTOCHTONE (CICSAW)**

L'éducation	Achèvement d'études secondaires ou d'autres études de niveau supérieur qui comprennent des cours dans l'éducation / formation requise pour cette certification	Heures
Expérience	<p>Cinq cents heures (6 mois) d'expérience de travail ou de pratique dans les services de soutien direct aux clients touchés par des dépendances ou des problèmes mentaux. et qui peut être accumulé de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérience de travail rémunéré dans le poste actuel et dans les professions antérieures rémunérées fournissant des services comme l'emploi actuel • Expérience acquise au moyen d'un stage, d'un stage ou d'un placement, entrepris dans le cadre d'un programme d'études • Expérience éprouvée en tant que bénévole fournissant des services tels que l'emploi actuel (jusqu'à un maximum de 100 heures) <p>Veillez noter que cette certification n'est pas disponible pour les postes administratifs.</p>	500
Éducation ou Formation 250 heures minimum	Connaissances et compétences de base en toxicomanie et en bien-être	60
	Connaissances et compétences en counseling	20
	Connaissances générales et compétences à l'appui de la pratique professionnelle	60
	Connaissances et compétences culturelles	30
	Connaissances et pratiques dans les 8 fonctions de base	40
	Sujets liés à la toxicomanie et au bien-être mental (voir la liste des sujets, page 2)	40
Superviseurs Note minimale de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction aux dépendances • Introduction au bien-être mental • Connaissances et compétences à l'appui de la pratique professionnelle • Connaissances et compétences dans les 8 fonctions de base • Compétences culturelles • Intégrité professionnelle 	70%
Stage	Certaines heures de formation dans les fonctions de base peuvent être comptées (doit soumettre un rapport de stage)	
Connaissances et compétences de base en toxicomanie et en bien-être		60 heures
Formes de dépendances, y compris les dépendances aux substances, aux solvants et aux processus		10
Signes et symptômes de la dépendance, y compris les aspects physiques et psychologiques		10
Facteurs de risque et facteurs de protection		4
Approches de traitement de la dépendance		10
Effets de la dépendance sur l'individu et la famille		10
Concepts et enjeux de base en matière de santé mentale		6
Concepts culturels qui soutiennent le bien-être mental (individuel, communautaire, familial)		10
Connaissances et compétences en counseling		20 heures
• Approches/techniques de counseling		10
• Counseling individuel, de groupe et de famille		10
Connaissances générales et compétences à l'appui de la pratique professionnelle		60 heures
• Communications interpersonnelles		10
• Entrevue motivationnelle		6
• Pharmacologie		6
• Brève intervention/counseling de base		10
• Résolution des conflits		6
• Autosoins		6
• Questions et sujets de sûreté et de sécurité		10
• Éthique professionnelle		6

Connaissances et compétences culturelles	30 h
Les connaissances et les compétences culturelles et traditionnelles acquises dans le cadre d'une éducation formelle ou informelle, ou d'un contexte de formation ou d'apprentissage consistant à travailler avec un client ou à le traiter, étaient axées sur des sujets propres à la culture, aux traditions et à l'histoire autochtones problèmes.	15
Questions relatives aux pensionnats indiens et/ou décolonisation	5
Scoop des années soixante	5
Principe de Jordan	5
Connaissances et pratiques dans les 8 fonctions de base	
Examen préalable/évaluation primaire	
Planification des soins	
Facilitation des soins	
Supervision et soutien des clients	
Engagement client	
Renvoi	
Éducation des clients	
Travail d'équipe	
Sujets liés à la toxicomanie et au bien-être mental (voir la liste sur cette page)	
NOTE SUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION	
<p>Les heures de formation requises peuvent être acquises dans le cadre de programmes d'enseignement universitaire ou collégial, d'une formation informelle offerte par un éventail de fournisseurs de formation, y compris des formateurs indépendants. Cette formation peut être offerte dans une variété de formats (programmes, cours, ateliers, séminaires, webinaires) et de lieux (cours, à l'interne, en ligne, conférences). CAAPDC accepte également les heures de formation acquises par d'autres formes d'apprentissage et de formation. Toutes les heures de formation doivent être appuyées par une preuve de présence ou d'achèvement.</p> <p>Cela comprend les transcriptions, les certificats et les affidavits/déclarations de personnes qualifiées. Les certificats doivent clairement porter le nom du fournisseur, le titre de la formation, le nombre d'heures, la ou les dates de formation et la signature du fournisseur/formateur.</p> <p>Les déclarations/affidavits doivent être écrits sur du papier à en-tête de l'employeur, inclure le titre de la formation, le nombre d'heures, la ou les dates de formation et la signature du fournisseur ou du formateur et porter le nom de la personne qualifiée, sa signature et ses coordonnées téléphoniques ou autres.</p>	

Sujets liés à la toxicomanie et au bien-être mental (liste non exhaustive)	
<ul style="list-style-type: none"> • Travail de deuil • ETCAF • Santé mentale • Pensionnats et traumatismes intergénérationnels • Approches thérapeutiques autochtones et occidentales • Philosophies et théories - Pratiques de guérison autochtones • VIH/sida • MST • Approches autochtones et traditionnelles en matière d'autosoins et de bien-être • Aspects neurologiques des dépendances • Nutrition et dépendances à l'alcool et aux drogues • Le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail de traumatologie • Le suicide • Prévention des rechutes • Drogues/substances spécifiques • Troubles concomitants • Pratiques culturelles de guérison • Résilience • Troubles concomitants • Sujets liés au mode de vie sain et au coaching de vie • Des pratiques parentales saines • Enjeux liés à la communauté LGBTQ • Problèmes de santé liés aux dépendances • Autres pratiques de guérison

