

# FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT DU STATUT DE COMMUNAUTÉ AMIE DES AÎNÉS

Le cheminement vers la désignation de communauté amie des aînés demande un engagement et des efforts continus de la part de cette dernière. Comme décrit dans les étapes 5 et 6 du [Programme de reconnaissance des communautés amies des aînés \(CADA\)](#), afin de conserver ce statut, les municipalités et communautés doivent démontrer la mise en œuvre continue de leur approche amie des aînés **tous les trois ans**.

Pour présenter une demande de renouvellement du statut de communauté amie des aînés, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le soumettre au moins 60 jours avant la date de renouvellement. (Remarque : la date de renouvellement a lieu trois ans après la date originale d'obtention du statut.)

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le ministère du Développement social (Direction du mieux-être) en composant le 506-453-4217 ou par courriel à l'adresse [mieux-etre.wellness@gnb.ca](mailto:mieux-etre.wellness@gnb.ca).

Demandeur communautaire	
Nom officiel de la communauté :	Adresse postale :
Personne-ressource :	Titre :
Téléphone :	Courriel :

### Autre personne-ressource (s'il y a lieu)

Adresse postale :

Personne-ressource :

Titre :

Téléphone :

Courriel :

**Instructions** : Veuillez suivre soigneusement les consignes ci-dessous lors de la préparation de votre demande. Des documents à l'appui peuvent être requis pour chaque étape. Ces pièces jointes doivent être nommées comme indiqué et enregistrées en format PDF.

### Étape 5 – Démonstration de la mise en œuvre

Le demandeur doit démontrer que la municipalité ou communauté continue d'appuyer et de mettre en œuvre son plan d'action favorable aux aînés. Veuillez fournir les renseignements suivants :

- Le cadre de référence pour le comité de suivi du Programme de reconnaissance des communautés amies des aînés. *(Exemple de nom du fichier : Cadre\_de\_reference\_CADA\_suivi\_nom\_de\_la\_communaute\_date.pdf)*
- La preuve que le comité de suivi s'est réuni au moins quatre fois par an pour surveiller les progrès du plan d'action.
- La démonstration de l'engagement continu de la communauté, de la participation des intervenants appropriés, de la collaboration intersectorielle et des partenariats communautaires en place.
- Le plan d'action ami des aînés actuel.  
*(Exemple de nom de fichier : Plan\_d\_action\_CADA\_nom\_de\_la\_communaute\_date.pdf)*

## Étape 6 – Suivi des progrès

Le demandeur doit démontrer que les progrès des mesures favorables aux aînés font l'objet d'un suivi en évaluant les activités et que des rapports publics sur les résultats du plan d'action sont produits. Cela comprend la collecte de données et une autoévaluation critique.

Veillez joindre une copie de votre rapport d'état de communauté amie des aînés nommé comme suit :

Rapport\_d\_etat\_CADA\_nom\_de\_la\_communaute\_date.pdf

Exemple de nom de fichier : *Rapport\_d\_etat\_CADA\_nom\_de\_la\_communaute\_date.pdf*

### Liste de vérification

Avant de soumettre votre demande, vérifiez qu'elle est complète! Assurez-vous d'avoir joint les documents ci-dessous sous forme de PDF ou de liens vers des sites Web :

Cadre de référence du comité de suivi CADA	<input type="checkbox"/> lien (URL)	<input type="checkbox"/> pièce jointe
Plan d'action ami des aînés	<input type="checkbox"/> lien (URL)	<input type="checkbox"/> pièce jointe
Rapport d'état CADA	<input type="checkbox"/> lien (URL)	<input type="checkbox"/> pièce jointe
Documents à l'appui	<input type="checkbox"/> lien (URL)	<input type="checkbox"/> pièce jointe

- Autres commentaires :

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, confirme que le contenu de la présente demande est exact selon l'information dont je dispose. Je comprends qu'une fois cette demande soumise, elle devient un document public, accessible en vertu de la législation provinciale sur le droit à l'information. J'autorise le ministère du Développement social à faire référence à ce document et à le publier ou le partager en totalité ou en partie dans le cadre de la promotion des communautés amies des aînés.

\_\_\_\_\_  
Signature du maire ou du représentant  
de l'organisation porteuse

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du président du comité consultatif

\_\_\_\_\_  
Date

*Remplissez ce formulaire en y apposant une signature électronique ou imprimez-le, signez-le et numérisez-le afin de le soumettre.*