

Guide sur le Portail en ligne du programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers (GEDSI)

Table des matières

Qu'est-ce que le Portail en ligne du programme GEDSI?	2
Comptes du Portail en ligne du programme GEDSI.....	2
Aperçu des volets du programme	3
Comment inscrire les administrateurs d'organismes employeurs, les signataires des organismes employeurs, les signataires syndicaux, les signataires du Service des finances et les signataires chefs principaux des soins infirmiers sur le Portail de la GEDSI.	4
Signataire du syndicat.....	5
Prochaines étapes pour les administrateurs d'organismes employeurs, les signataires d'organismes employeurs, les signataires chefs principaux des soins infirmiers, les signataires de syndicats et les signataires du Service des finances.	7
Comment les administrateurs des organismes employeurs peuvent-ils approuver les droits d'accès des utilisateurs?	7
Processus de soumission de demande de budget.....	10
Création et soumission de la demande de budget	10
Rapports du programme GEDSI	22
Rapport financier.....	23
Rapport du programme	26
Rapport ARRC	30

Qu'est-ce que le Portail en ligne du programme GEDSI?

Le Portail en ligne de la GEDSI, également connu sous le nom de portail Début de carrière infirmière, est un système qui soutient la gestion du programme GEDSI.

Le Portail de la GEDSI comporte les avantages suivants :

- Les infirmières et les infirmiers peuvent rechercher et postuler à des offres d'emploi;
- Les employeurs peuvent examiner les demandes des infirmières et des infirmiers;
- Les employeurs peuvent proposer des offres d'emploi;
- L'employeur peut demander un financement de la part du ministère de la Santé (le ministère); et
- Les employeurs peuvent soumettre des rapports financiers au ministère.

Comptes du Portail en ligne du programme GEDSI

Les employeurs participants du programme GEDSI devront inscrire divers utilisateurs sur le site pour réaliser les activités liées au programme GEDSI (p. ex., affichage de postes, soumission de demandes de budget, etc.). Les descriptions des utilisateurs sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Droits d'accès	Fonction	Utilisateur suggéré
Signataire de l'organisme employeur (OE)	L'utilisateur a la responsabilité de signer le rapport final du programme GEDSI (rapport financier, rapport de programme, émission du certificat ARRC).	Chef de la direction (PDG) ou l'équivalent
Signataire chef principal des soins infirmiers	L'utilisateur a la responsabilité de signer les demandes de budget et les rapports finaux.	Directeur financier ou l'équivalent
Signataire du Service des finances	L'utilisateur a la responsabilité de signer le rapport final.	Directeur financier ou l'équivalent
Signataire du syndicat des infirmières ou infirmiers autorisés (IA) et des infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)	L'utilisateur examine et approuve les demandes de budget et a la responsabilité de signer les rapports finaux (le cas échéant).	Représentant syndical des IA ou des IAA

Droits d'accès	Fonction	Utilisateur suggéré
Administrateur d'organisme employeur	L'utilisateur peut publier des emplois, créer des demandes de budget et des rapports finaux et de programme et a le pouvoir de modifier le profil de l'organisme (p. ex., modifier le nom légal, gérer les utilisateurs inscrits).	Ressources humaines ou gestionnaire de programme
Utilisateur d'organisme employeur	L'utilisateur ne peut publier que des postes, créer une demande de budget et des rapports finaux.	Les signataires qui n'ont pas besoin d'accéder à d'autres fonctions du Portail en ligne de la GEDSI.

Aperçu des volets du programme

Volet du programme	Description
Formulaire de demande de budget	<p>La demande de budget comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Section qui montre la capacité et le plan de l'organisme d'offrir, à la nouvelle infirmière ou au nouvel infirmier, un emploi à temps plein ou l'équivalent d'un temps plein d'une durée minimale de 6 mois (26 semaines). • Section réservée à l'examen du syndicat (le cas échéant) • Section pour approbation du chef principal des soins infirmiers • Le formulaire de demande de budget soumis doit avoir un statut d'approbation en attente pour être considéré comme soumis avant la date limite de soumission de la demande.
Rapports du programme GEDSI	<p>L'entente du programme GEDSI contiendra les détails sur les exigences et les échéances en matière de rapports. Les rapports requis comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rapport financier; • Le rapport du programme; • Le certificat de rapport de rapprochement annuel.

Comment inscrire les administrateurs d'organismes employeurs, les signataires des organismes employeurs, les signataires syndicaux, les signataires du Service des finances et les signataires chefs principaux des soins infirmiers sur le Portail de la GEDSI.

1. Remplissez le formulaire pour inscrire un employeur sur le [Portail en ligne de la GEDSI](#).
2. **Les signataires des organismes employeurs, les signataires chefs principaux des soins infirmiers et les signataires du Service des finances** doivent choisir les droits d'administrateur ou d'utilisateur de l'organisme employeur en plus de leurs droits de signataire.

Ontario  FRANÇAIS | ENGLISH

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

Welcome to the Nursing Graduate Guarantee Portal

The Nursing Graduate Guarantee Portal links eligible nurses with health care employers across the province interested in hiring through the Nursing Graduate Guarantee initiative. As part of the health human resources strategy of the Ministry of Health, this initiative provides eligible nurses with up to three (3) months in a comprehensive orientation and the opportunity to be bridged to full-time employment

Email *

Password *

[Login](#)

[Forgot Password?](#)

Nursing Users

Enter the Nursing Graduate Guarantee Portal here and start your career off on the right foot! Gain a valuable full-time employment opportunity and connect with health care organizations/employers across all sectors and areas of the province through the Nursing Graduate Guarantee initiative.

Not yet registered?

[Register Now!](#)

Health Care Organizations and Employers

Enter the Nursing Graduate Guarantee Portal here to connect with thousands of Ontario's newest health care professionals through the Nursing Graduate Guarantee initiative. Build a stronger workforce today!

Not yet registered?

[Register as Employer](#)

[MOHLTC Users](#)

Non Signatory Role (Select one if union roles are not selected)

Organization/Employer (OE) Administrator Rights

OE User

Signatory Role (Max of one rights)

Organization/Employer (OE) Signatory Rights

Senior Nursing Leader (SNL) Signatory Rights

Chief Finance Officer

One non-signatory access right

AND

One signatory access right

Signataire du syndicat

- Après avoir rempli le formulaire d'inscription en tant qu'employeur, **IL NE FAUT PAS** sélectionner de droits d'accès et cliquer sur le bouton « Next » (Suivant). Les droits de signataire du syndicat seront disponibles à la page suivante.

Non Signatory Role (Select one if union roles are not selected)

Organization/Employer (OE) Administrator Rights

OE User

Signatory Role (Max of one rights)

Organization/Employer (OE) Signatory Rights

Senior Nursing Leader (SNL) Signatory Rights

Chief Finance Officer

1.) DO NOT select any these access rights.

2.) Click on the Next button. Union signatory rights are on the next page.

- Sélectionnez votre organisme.

Company Details

Select an Existing Organization

Organization Name *

Organization Legal Name *

Organization Mailing Address *

Organization Community *

Organization Postal Code * [A1A1A1]

Organization E-Mail Address

Facility/IFIS Number *

Local Health Integration Network (LHIN) *

Organization Sector *

Organization/Employer Type *

This Organization has an RPN Union * Yes No

This Organization has an RN Union * Yes No

Posting Administrator Name

Finance Administrator Name

Chair of the Board

Riding *

Language Preference * English Français

3. Après cette étape, les droits d'accès des signataires des syndicats des IA et des IAA s'affichent; veuillez en sélectionner un.

Non Signatory Role (Select one if union roles are not selected)

Organization/Employer (OE) Administrator Rights

OE User

Signatory Role (Max of one rights)

Organization/Employer (OE) Signatory Rights

Senior Nursing Leader (SNL) Signatory Rights

Chief Finance Officer

Union Role (Check one after selecting the organization with union roles - none of the above are to be selected)

Registered Practical Nurse (RPN) Union Signatory Rights

Registered Nurse (RN) Union Signatory Rights

Prochaines étapes pour les administrateurs d'organismes employeurs, les signataires d'organismes employeurs, les signataires chefs principaux des soins infirmiers, les signataires de syndicats et les signataires du Service des finances.

1. Une fois inscrit, vous recevrez un courriel d'activation à l'adresse courriel que vous aurez saisie lors de votre inscription sur le Portail de la GEDSI.
2. Suivez les instructions indiquées dans le courriel d'activation pour activer votre compte. Assurez-vous de vérifier vos dossiers de courriels. Veuillez vous assurer **d'activer votre compte dans les 24 heures suivant votre inscription.**
3. Une fois votre compte activé, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre organisme employeur, qui devra dorénavant approuver vos droits d'accès (c.-à-d., utilisateur de l'organisme employeur, signataire chef principal des soins infirmiers, etc.)

Comment les administrateurs des organismes employeurs peuvent-ils approuver les droits d'accès des utilisateurs?

1. L'administrateur de l'organisme employeur se connecte au Portail de la GEDSI.
2. Trouvez l'utilisateur sous « Manage Users » (Gérer les utilisateurs) -> « OE Users » (Utilisateurs d'organismes employeurs) et entrez le nom complet de l'utilisateur.
3. Cliquez sur le bouton « Details » (Détails) situé à côté de l'utilisateur.

Ontario  Ontario.ca |

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE



Dashboard	Profile	OE Profile	Jobs	Manage Users	Budget Requests	NGG Historical Requests	Financial Reports	Program Report	Data Centre
Resources	Logout								

Manage OE User



User List						
Organization Name	Job Title	Full Name	User Status	Access Rights Granted	Pending Access Rights	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

User List						
Organization	Title	Name	Status	Access Rights	Pending Access Rights	
	Deputy Director		Inactive	RPN Union Signatory		Details
	Collaborative Practice Leader		Active	OE Administrator Rights		Details
	People & Culture Business Partner		Inactive			Details
	Business Representative		Inactive			Details
	Union Rep/Regional Coordinator		Active	RPN Union Signatory		Details
	Human Resources Advisor		Locked			Details
	People & Culture Assistant		Inactive			Details
	People & Culture Assistant		Active	OE Administrator Rights OE Signatory		Details
	Sr. Talent Acquisition Specialist		Active	OE User	OE Signatory	Details

Page 2 of 2 (19 items) [2] >

Click Details 

- Faites défiler la page vers le bas jusqu'à la section « Modify User » (Changer d'utilisateur), vous y trouverez un tableau Approve/Deny access rights (Approuver/refuser les droits d'accès). Les administrateurs d'organismes employeurs peuvent approuver ou refuser les droits en cliquant sur les boutons respectifs.

Modify User

User Profile

First Name
Last Name
Email Address
Organization Name
Title
Mailing Address
Postal Code
Telephone (Work)
Extension
Mobile Phone
Fax Number
Status
Current Access
Pending Access: **OE Administrator Rights**

Approve / Deny Access Rights

Pending Access Rights	
Access Rights Pending	
OE Administrator Rights	<input type="button" value="Approve"/> <input type="button" value="Deny"/>

Click on Approve or Deny.

Remove Access Rights

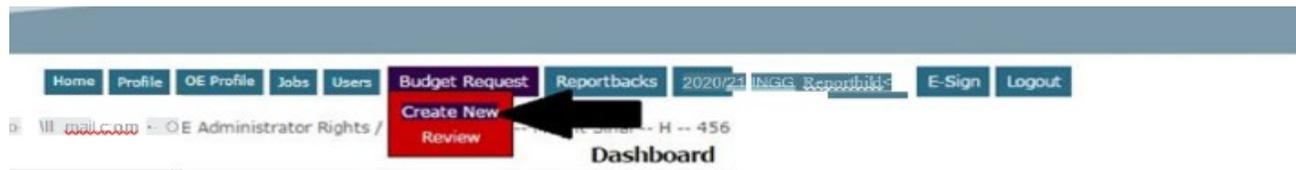
Processus de soumission de demande de budget

1	Se jumeler avec une nouvelle infirmière ou un nouvel infirmier sur le Portail en ligne de la GEDSI.
2	Créer une nouvelle demande de budget sur le Portail en ligne de la GEDSI.
3	Sélectionner le ou les membres du personnel infirmier embauché à inclure à la ou aux demandes de budget.
4	Indiquer les détails de la demande de budget pour chaque nouvelle infirmière ou nouvel infirmier (salaire, date de début, etc.).
5	Décrire la capacité et le plan de l'organisme de faire passer la nouvelle infirmière ou le nouvel infirmier à un emploi à temps plein ou l'équivalent d'un temps plein d'une durée minimale de 6 mois (26 semaines) dans l'année (12 mois) suivant la date de début de la transition de la nouvelle infirmière ou du nouvel infirmier vers la pratique (12 semaines).
6	Soumettre la demande de budget au syndicat pour qu'il l'examine et pour approbation par le chef principal des soins infirmiers.
7	Le syndicat examine la demande de budget et fournit des commentaires au besoin.
8	Le chef principal des soins infirmiers approuve la demande de budget, en fournissant des commentaires au besoin.
9	Le ministère reçoit la demande de budget si le statut est « En attente d'approbation » et approuvé si les exigences d'admissibilité ont été satisfaites.

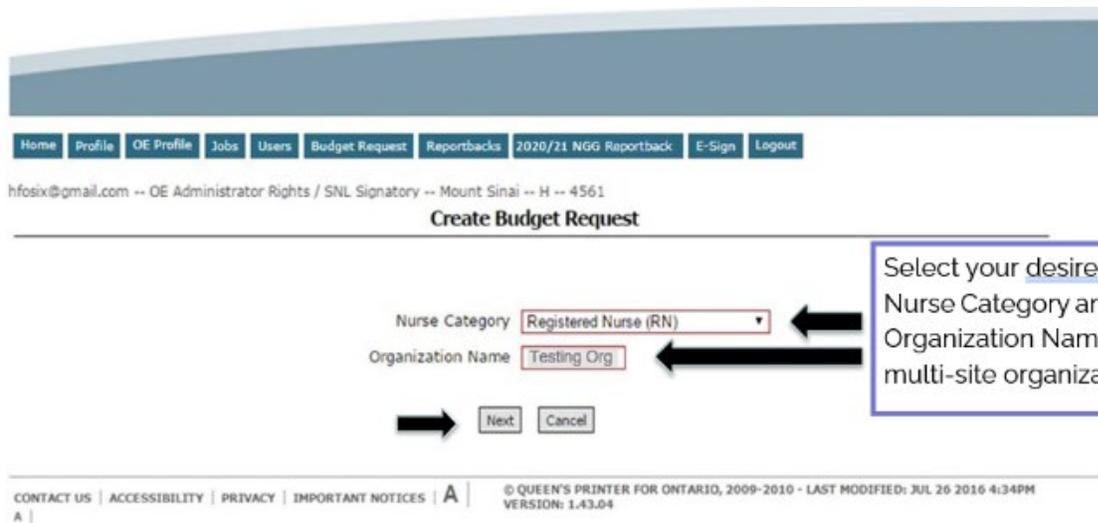
Création et soumission de la demande de budget

Veillez noter que l'organisme ne peut ajouter des infirmières et des infirmiers au formulaire de demande de budget qu'après un délai de 72 heures suivant l'acceptation de l'offre d'emploi par l'infirmière ou l'infirmier.

Étape 1



Étape 2



Click "Next" to see the [list](#) of available new nurses.

Étape 3

hfosix@gmail.com -- OE Administrator Rights / SNL Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

Create Budget Request

Select the nurses you would like to include in the budget request from the list below.

Nurse Category

Organization Name

Participants have been included in any Budget Request. Click 'Next' to proceed to include all Participants in this Budget Request. Click 'Cancel' to select Participants that should not be included in this Budget Request.



Nursing Graduate Guarantee (NGG) Participants

NGG Participants					
	Nursing Grad ID	Name	Job Offer Acceptance Date	Assignment Start Date	Job Posting Title
<input checked="" type="checkbox"/>	176	Carol Brown	2020/03/02	2021/03/03	Job at Long Term Care Inc.

Nursing Career Orientation (NCO) Participants

NCO Participants					
	Nursing Grad ID	Name	Job Offer Acceptance Date	Assignment Start Date	Job Posting Title
No data to display					

Click "Next" to generate the budget request.

Étape 4

Home Profile OE Profile Jobs Users Budget Request 2020/21 NGG Reportback E-Sign Logout

hfosix@gmail.com -- OE Administrator Rights / SNL Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

Budget Request Details

Budget Request ID **102** Nurse Category **Registered Nurse (RN)**
Organization **Testing Org** Nursing Initiative Type **Nursing Graduate Guarantee**
Submission Date **Not Submitted** Status **Draft**

[View History](#) [Export to PDF](#) [View Transactions](#)

Participant List

Grad ID	Participant Name	Projected Start Date	Fiscal Year	Wages	Benefit %	Weekly Hours	Total Allocation \$	
176	Carol Brown							Details

Total Number of Participants: **1** Budget Request Total Allocation: **\$0.00**

[Add Participant](#)
[Submit to MOHLTC](#)
[Delete Budget Request](#) [Save and Close](#)
[Next](#) [Cancel](#)

Click "Details" to enter the participant details page.

Étape 5

Participant Details

Budget Request ID: **100**
 Submission Date: **Not Submitted**

Organization Name: **Testing Org**

Participant Name: **Nurse RPN1**

Fiscal Year:

Projected Start Date:

Projected End Date:

Hourly Wage:

Benefit Rate %:

Weekly Full-Time Hours:

Total Allocation:

The Union was consulted

We have forecasted that within the next 12 months a permanent, full-time position will be available within our organization

Please briefly describe your organization's capacity and plan to transition the new nurse into permanent, full-time employment (Maximum 5,000 characters)

	Payment Amount	Confirmation ID	Payment Date
Initial	\$14,436.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secondary	\$14,436.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Final Transaction	\$0.00	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Please ensure that you enter the highest Hourly Wage value (the highest rate of pay) that the participant is expected to attain during their 6 months of employment in the Nursing Participant Guarantee Initiative.

* Mandatory fields required for submission of Budget Request. Not required for saving as draft.

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | IMPORTANT NOTICES | A | © QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: JUL 26 2016 4:34PM
 A | VERSION: 1.43.04

Enter the start date, hourly wage, benefit rate and weekly hours for the new nurse.

Enter a description of your organization's capacity and plan to transition the new nurse to full-time employment or the equivalent of full-time hours.

Étape 6

Home Profile OE Profile Jobs Users Budget Request 2020/21 NGG Reportback E-Sign Logout

hfosix@gmail.com -- OE Administrator Rights / SNL Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

Budget Request Details

Budget Request ID **102** Nurse Category **Registered Nurse (RN)**
Organization **Testing Org** Nursing Initiative Type **Nursing Graduate Guarantee**
Submission Date **Not Submitted** Status **Draft**

[View History](#) [Export to PDF](#) [View Transactions](#)

Participant List

Participant List							
Grad ID	Participant Name	Projected Start Date	Fiscal Year	Wages	Benefit %	Weekly Hours	Total Allocation \$
176	Carol Brown						

Total Number of Participants: **1** Budget Request Total Allocation: **\$0.00**

[Details](#)

[Add Participant](#)

[Submit to MOHLTC](#) ←

[Delete Budget Request](#) [Save and Close](#)

Click "Submit to MOHLTC" when you have fully completed the budget request. This will initiate the budget request pre-review process.

Examen du syndicat

Étape 7

Ontario
MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

Ontario.ca

Home Profile E-Sign Logout
Sign Documents

To review budget requests
click "Sign Documents".

rgreen28@rogers.com Laboratory -- Testing Org -- H -- 123456

Dashboard

Outstanding Organization Users(0) >>

Outstanding Budget Request(0) >>

Outstanding Report Back(0) >>

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | IMPORTANT NOTICES | A | © QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: JUL 26 2016 4:34PM
VERSION: 1.43.04

Étape 8

Home Profile E-Sign Logout

Testing8@rogers.com -- RN Union Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

List Signing Documents

Signing Documents								
Document Type	Status	ID	Fiscal year	Submission Date	Participants	Total Allocation /Reinvestment	Sent Date	
NGG Reportback	Pending for signing	42	2020-21	2021/01/20	1	\$13,978.90	2021/01/20	Sign
NGG Budget	Pending Review	54	2020-21	2021/01/20	1	\$13,978.90	2021/01/20	Sign

[Cancel](#)

Click "Sign" to review and electronically sign the NGG budget request(s).

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | IMPORTANT NOTICES | A | © QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: JUL 26 2016 4:34PM
VERSION: 1.43.04

Étape 9

Home Profile E-Sign Logout

Testing8@rogers.com -- RN Union Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

E-Review

Budget Request ID **97** Nurse Category **Registered Practical Nurse (RPN)**
 Organization **Testing Org** Nursing Initiative Type **Nursing Graduate Guarantee**
 Submission Date **2016/06/09** Status **Pending Signing**

[View Status History](#)

[View Signing Document](#)

Participant List

Participant List								
Grad ID	Participant Name	Projected Start Date	Fiscal Year	Wages	Benefit %	Weekly Hours	Total Allocation \$	Details
177	Test User3	2020/10/28	2020-21	\$31.60	24.00	37.50	\$29,388.00	

Total Number of Participants: **1**

Budget Request Total Allocation: **\$29,388.00**

Signature Code *

Please provide any comments you have regarding the organization's capacity and plan to transition the new nurse(s) into permanent, full-time employment. (Maximum 1,000 characters)

[Reviewed](#)

[Reject](#)

Click "Details" to view the organization's capacity and plan to transition each new nurse to full-time employment or the equivalent of full-time hours.

Étape 10

Participant Details

Budget Request ID	100	Organization Name	Testing Org
Submission Date	Not Submitted	Status	Draft
Participant Name	Nurse RPN1	Participant ID	252
Fiscal Year	2020-21		
Projected Start Date	20200104		
Projected End Date	20200327		
Hourly Wage	\$		
Benefit Rate %	20.00		
Weekly Full-Time Hours	37.50	Total Allocation	\$28,672.00

Review the organization's capacity and plan to transition each new nurse to full-time employment or the equivalent of full-time hours.



- The Union was consulted
- We have forecasted that within the next 12 months a permanent, full-time position will be available within our organization

Please briefly describe your organization's capacity and plan to transition the new nurse into permanent, full-time employment (Maximum 5,000 characters)

Enter Text

	Payment Amount	Confirmation ID	Payment Date
al	\$14,436.00		
ly	\$14,436.00		
in	\$0.00		

You enter the highest Hourly Wage value (the highest rate of pay) that the participant is expected to attain during their 6 months of employment in the Nursing Participant Guarantee Initiative.

* Mandatory fields required for submission of Budget Request. Not required for saving as draft.

Étape 11

Home Profile E-Sign Logout

rgreen28@rogers.com -- RN Union Signatory -- Testing Org -- H -- 123456

E-Review

Budget Request ID **97**

Nurse Category **Registered Practical Nurse (RPN)**

Organization **Testing Org**

Nursing Initiative Type **Nursing Graduate Guarantee**

Submission Date **2020/06/09**

Status **Pending Signing**

[View Status History](#)

[View Signing Document](#)

Participant List

Participant List							
Grad ID	Participant Name	Projected Start Date	Fiscal Year	Wages	Benefit %	Weekly Hours	Total Allocation \$
177	Test User3	2021/01/20	2020-21	\$31.60	24.00	37.50	\$29,388.00

Total Number of Participants: **1**

Budget Request Total Allocation: **\$29,388.00**

Click "Reviewed" once the budget request has been reviewed and you have provided comments. This will send the budget request to the SNL to approve.

Signature Code *

Enter the signature code from the budget request review email.

Please provide any comments you have regarding the organization's capacity and plan to transition the new nurse(s) into permanent, full-time employment. (Maximum 1,000 characters)

[Reviewed](#)

[Reject](#)

Enter any comments on the budget request.

Examen par le chef principal des soins infirmiers

Étape 12

MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

Home Profile OE Profile Jobs Users Budget Request 2020/21 NGG Reportback E-Sign Logout
Sign Documents

o1@sunram.com -- OE Administrator Rights / OE Signatory -- Testing Org -- H -- 123456
Dashboard

To review budget requests click "Sign Documents".

Outstanding Organization Users(0) »

Outstanding Budget Request(0) »

Outstanding Report Back(0) »

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | IMPORTANT NOTICES | A | © QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: JUL 26 2016 4:34PM
VERSION: 1.43.04

Étape 13

Home Profile OE Profile Jobs Users Budget Request 2020/21 NGG Reportback E-Sign Logout

o1@sunram.com -- OE Administrator Rights / OE Signatory -- Testing Org -- H -- 123456
List Signing Documents

Signing Documents								
Document Type	Status	ID	Fiscal Year	Submission Date	Participants	Total Allocation /Reinvestment	Sent Date	
NGG Reportback	Pending for signing	42	2020-21	2021/01/20	1	\$13,978.90	2020/02/02	Sign
NGG Budget	Pending Review	54	2020-21	2021/01/20	1	\$13,978.90	2020/02/02	Sign

Cancel

Click "Sign" to review and electronically sign the NGG budget request(s).

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | IMPORTANT NOTICES | A | © QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: JUL 26 2016 4:34PM
VERSION: 1.43.04

Étape 14

[Home](#) [Profile](#) [Jobs](#) [Budget Request](#) [Reportbacks](#) [2020/21 NGG Reportback](#) [E-Sign](#) [Logout](#)

nggmm100-10@yahoo.ca -- SNL Signatory / OE User -- Testing Org -- H -- 123456

E-Sign

Budget Request ID **97**

Nurse Category **Registered Practical Nurse (RPN)**

Organization **Testing Org**

Nursing Initiative Type **Nursing Graduate Guarantee**

Submission Date **2021/06/09**

Status **Pending Signing**

[View Status History](#)

[View Signing Document](#)

Participant List

Participant List								
Grad ID	Participant Name	Projected Start Date	Fiscal Year	Wages	Benefit %	Weekly Hours	Total Allocation \$	Details
177	Test User3	2021/01/20	2020-21	\$31.60	24.00	37.50	\$29,388.00	

Total Number of Participants: **1**

Budget Request Total Allocation

Click "Approve" once the budget request has been reviewed and you have provided comments.

Signature Code *

Enter the signature code from the budget request approve email.

Please provide any comments you have regarding the organization's capacity and plan to transition the new nurse(s) into permanent, full-time employment. (Maximum 1,000 characters)

unionRep@union.ca - We have no comments on the transition to practice plan
SNLsignatory@org.ca -

Enter any comments on the budget request.

[Approve](#)

[Reject](#)

Statut de la demande de budget

Statut	Description
Ébauche	La demande de budget a été créée, mais n'a pas été soumise au ministère. Le statut d'ébauche peut également se produire lorsque la demande de budget a été refusée pendant le processus de soumission.
En attente d'examen	La demande de budget est en attente d'examen par le syndicat ou le chef principal des soins infirmiers.
En attente d'approbation	Demande de budget soumise au ministère et en attente de son examen. Les organismes sont responsables de s'assurer que toutes les demandes de budget admissibles sont associées à un examen en attente pour être considérées comme soumises.
Examinée par le ministère de la Santé (p. ex., l'administrateur du ministère de la Santé et le financement du ministère de la Santé)	La demande de budget a été examinée et est recommandée à des fins de financement de la part du ministère.
Dûment signée	La demande de budget a été entièrement approuvée et les fonds seront acheminés.
Payée	Les fonds de la demande de budget ont été transmis à l'organisme.

Rapports du programme GEDSI

- Les employeurs qui reçoivent les fonds pour le programme GEDSI sont tenus de déclarer l'utilisation de ces fonds conformément aux échéanciers décrits dans l'entente de la GEDSI.
- Les organismes doivent soumettre trois rapports au ministère :
 1. **Rapport financier** : fournir les dépenses réelles liées à la transition de 12 semaines vers la pratique et les dépenses réelles liées au fonds de réinvestissement;
 - **Doit être signé par le signataire chef principal des soins infirmiers, le signataire du syndicat et le signataire de l'organisme employeur**

2. **Rapport du programme** : fournir des renseignements sur les résultats du programme (p. ex., l'infirmière ou l'infirmier a passé à un emploi à temps plein ou l'équivalent d'un temps plein). Doit être rempli une fois le rapport financier rempli et soumis.
 - **Doit être signé par le signataire chef principal des soins infirmiers, le signataire du syndicat et le signataire de l'organisme employeur**
3. **Certificat de rapport de rapprochement annuel (ARRC)** : attestation que les chiffres déclarés correspondent aux états financiers vérifiés de l'organisme.
 - **Doit être signé par le signataire de l'organisme employeur et le signataire du service des finances**

Rapport financier

Un rapport financier doit être soumis pour **chaque infirmière ou infirmier** pour laquelle ou lequel une demande de budget a été soumise.

Étape 1

- Accédez à l'onglet Financial Report (Rapport financier).
- Cliquez sur « Create New » (créer un nouveau rapport) si vous commencez un nouveau rapport ou sur « Review Report backs » (Réviser les rapports) si vous êtes de retour pour continuer à remplir un rapport que vous avez déjà commencé.



Étape 2

- Sélectionnez la catégorie d'infirmière ou d'infirmier souhaitée.
- Cliquez sur le bouton Next (Suivant).

Create NGG Reportback

Nurse Category: RN (dropdown menu with RPN option)

Organization Name: Brant Community Healthcare System

Next Cancel

CONTACT US | ACCESSIBILITY | PRIVACY | SITEMAP | IMPORTANT NOTICES | A | A |

© QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO, 2009-2010 - LAST MODIFIED: AUG 28 2020 11:34AM
VERSION: 2.0.1

Étape 3

- Sélectionnez les infirmières et infirmiers à partir de la liste et cliquez sur le bouton Next (Suivant).
- Seules les infirmières et seuls les infirmiers du même exercice financier peuvent faire partie du même rapport. Si les infirmières ou les infirmiers proviennent de différents exercices financiers, un rapport devra être créé pour chaque exercice financier.

Create NGG Reportback

Nurse Category: RN (dropdown menu)

Organization Name: [REDACTED]

The following list of nursing participants have not been included in any Financial Report. Click 'Next' to proceed to include all participants in this Financial Report. You may unselect participants that should not be included in this Financial Report.

1. Select the nurses you wish to include in the report back.

NGG List

Available Participants

Participants						
	Financial Report ID	Submission Date	Status	Participant ID	Participant Name	Start Date
<input checked="" type="checkbox"/>	9806	2023/12/08	Fully Signed	163137	alexia amorim	2023/06/01
<input checked="" type="checkbox"/>	9153	2023/01/03	Paid	155208	Leanne Jenkins	2022/08/08

Next Cancel

Étape 4

- Cliquez sur les détails et entrez tous les renseignements sur chaque infirmière et chaque infirmier.
- Cliquez sur Next (Suivant) pour passer à l'infirmière ou à l'infirmier suivant(e).

Participant List							
Participant ID	Participant Name	Allocated Budget	Actual Start Date	Actual End Date	Hours Employed	Actual Salary/Benefits (Ministry Funded)	Reinvestment
		\$35,274.90	2023/06/01	2023/08/23	439.25	\$21,909.22	Details
		\$35,274.90	2023/10/13	2024/01/04	395.00	\$19,305.55	Details
		\$35,274.90	2023/07/10	2023/10/01	409.50	\$20,402.14	Details
		\$35,274.90	2023/05/25	2023/08/17	434.50	\$22,277.30	Details
		\$31,527.00	2021/10/15	2022/01/06	397.50	\$15,799.46	Details
		\$35,274.90	2023/05/25	2023/08/17	426.75	\$21,520.33	Details
		\$35,274.90	2023/08/04	2023/10/26	399.75	\$20,672.64	Details
		\$31,527.00	2021/12/10	2022/03/03	382.50	\$15,274.64	Details
		\$35,274.90	2023/08/14	2023/11/05	406.75	\$20,496.30	Details



*-Required Fields/Obligatoire

Report ID **44984**

Organization

Submission Date **Not Submitted**

Status **Draft**

Participant Name

Participant ID

Actual Start Date * 20230601

Actual End Date * 20230823

Was the participant absent, for an extended period of time, between the start date and end date? E.g. Maternity Leave Yes No

Worked Weeks 12

Expected Actual Salary/Benefits (Ministry Funded) \$20,659.33

Hours Employed * 439.25

Actual Salary/Benefits (Ministry Funded) \$ 21909.22

Allocated Budget \$35,274.90

Total Potential Reinvestment Amount \$14,109.96

Comments The hours reported above are based on actual time card data and variances could be due to a variety of absences, statutory holidays, picked up shifts, etc.

If the nurse took a break from the NGG program, click on YES and follow the prompts.

Reinvestment Expenditure Breakup

Reinvestment Initiative	Expenditure
Mentorship:	\$14,109.96
80/20 for Staff Nurses:	
Internship for Experienced Nurses in Specialty Areas:	
Initiative to Support Internationally Educated Nurses:	
Innovation Solutions:	
Comments	Funds utilized to increase mentorship hours for other nurses. (Safe management, emergency de-escalation, ACLS, PALS). Cross training experienced nurses in specialty areas (Critical Care, Emergency, Mental Health, etc.).

Click on Next to move to the next nurse or click on save changes to save your edits for later.

Previous Save Changes Next

Étape 5

- Une fois tous les renseignements sur chaque infirmière et infirmier remplis, cliquez sur « process for signature » (Processus de signature) afin de commencer

le processus de signature. Le signataire chef principal des soins infirmiers, le signataire du syndicat et le signataire de l'organisme employeur doivent signer le rapport financier.

Report ID [Redacted]
 Organization [Redacted]
 Submission Date **Not Submitted**
 Fiscal Year

Nurse Category **Registered Nurse (RN)**
 Nurse Participant Type **Nursing Graduate Guarantee**
 Status **Draft**

[View History](#) [Export to PDF](#) [View Transactions](#)

Participant List

Participant ID	Participant Name	Allocated Budget	Actual Start Date	Actual End Date	Hours Employed	Actual Salary/Benefits (Ministry Funded)	Reinvestment	
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/06/01	2023/08/23	439.25	\$21,909.22		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/10/13	2024/01/04	395.00	\$19,305.55		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/07/10	2023/10/01	409.50	\$20,402.14		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/05/25	2023/08/17	434.50	\$22,277.30		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$31,527.00	2021/10/15	2022/01/06	397.50	\$15,799.46		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/05/25	2023/08/17	426.75	\$21,520.33		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/08/04	2023/10/26	399.75	\$20,672.64		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$31,527.00	2021/12/10	2022/03/03	382.50	\$15,274.64		Details
[Redacted]	[Redacted]	\$35,274.90	2023/08/14	2023/11/05	406.75	\$20,496.30		Details

Total Number of Participants: 9

[Add Participant](#)

[Process for Signature](#)

- Le processus de signature pour les rapports financiers est le même que le processus de signature de demande de budget (voir ci-dessus). Le code sera envoyé par courriel à chaque signataire.
- Lorsque le statut passe d'**ébauche** à **signature en attente**, cela signifie que le rapport est avec le signataire chef principal des soins infirmiers, le signataire des syndicats ou le signataire d'organismes employeurs à des fins de signature.
- Un statut indiquant que la demande est **dûment signée** signifie que le rapport est maintenant soumis au ministère.

Rapport du programme

Un rapport de programme doit être soumis pour **chaque infirmière ou chaque infirmier** pour laquelle une demande de budget a été soumise.

Étape 1

- Accédez à l'onglet Program Report (Rapport du programme).
- Cliquez sur « Create New » (créer un nouveau rapport) si vous commencez un nouveau rapport ou sur « Review Report backs » (Réviser les rapports) si vous êtes de retour pour continuer de remplir un rapport que vous avez déjà commencé.



Étape 2

- Sélectionnez la catégorie d'infirmière ou d'infirmier souhaitée.
- Cliquez sur le bouton Next (Suivant).



Étape 3

- Sélectionnez les infirmières et infirmiers à partir de la liste et cliquez sur le bouton Next (Suivant).
- Seules les infirmières et seuls les infirmiers du même exercice financier peuvent faire partie du même rapport. Si les infirmières ou les infirmiers proviennent de différents exercices financiers, un rapport devra être créé pour chaque exercice financier.

Create NGG Reportback

Nurse Category RN ▾

Organization Name [REDACTED]

The following list of nursing participants have not been included in any Financial Report. Click 'Next' to proceed to include all participants in this Financial Report. You may unselect participants that should not be included in this Financial Report.

1. Select the nurses you wish to include in the report back.

NGG List

Available Participants

Participants						
	Financial Report ID	Submission Date	Status	Participant ID	Participant Name	Start Date
<input checked="" type="checkbox"/>	9806	2023/12/08	Fully Signed	163137	alexia amorim	2023/06/01
<input checked="" type="checkbox"/>	9153	2023/01/03	Paid	155208	Leanne Jenkins	2022/08/08



Étape 4

- Cliquez sur les détails et entrez tous les renseignements sur chaque infirmière et chaque infirmier.
- Cliquez sur Next (Suivant) pour passer à l'infirmière ou à l'infirmier suivant(e).

Program

1) Was the new nurse transitioned into a full-time or full-time equivalent position in your organization within 12 months of her/his start date?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

2) Was a minimum of 3 to 6 days of general orientation to the organization provided to the new nurse?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

3) Was the new nurse above staffing complement for the duration of the transition into practice period?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

4) Did the new nurse have access to an assigned mentor (with defined roles and responsibilities) at all times during the transition into practice period?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

5) Was there a designated transition into practice leader who was accountable for implementing the NGG and tracking the progress with the new nurse and mentor(s) available for the new nurse and mentor(s)?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

6) Was a learning plan developed by the new nurse and mentor, with input from the designated transition into practice leader, to track the new nurse's progress?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

7) Was there a debrief/touch base with the new nurse, mentor and transition into practice leaders about the progress of the learning plan?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment

8) What were the 3 key domains indicated for improvement on the learning plan?

Care Management

Commitment

Critical Thinking

Effective Communication

Other

System Integration

If Others, please provide an explanation.

Comment

9) Was there improvement on these domains during the new nurse(s) transition into practice period?

Yes No

If No, please provide an explanation.

Comment



Étape 5

- Une fois tous les renseignements sur chaque infirmière et infirmier remplis, cliquez sur « process for signature » (Processus de signature) afin de commencer le processus de signature. Le signataire chef principal des soins infirmiers, le signataire du syndicat et le signataire de l'organisme employeur doivent signer le rapport du programme.

Participant List

Participant List			
Participant ID	Participant Name	Participant Outcome	
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details
		Not specified	Details

Total Number of Participants 8

[Add Participant](#)

[Process for Signature](#)

Rapport ARRC

Le certificat de rapport de rapprochement annuel (*Annual Reconciliation Report Certificate*, AARC) doit être signé par le signataire de l'organisme employeur et par le signataire du Service des finances. Un seul certificat ARRC est requis pour chaque exercice financier pour lequel l'organisme a reçu un financement.

Les rapports ARRC sont lancés par le ministère et pourront être signés une fois que ce dernier les aura envoyés à votre organisme.

Pour les signataires d'organismes employeurs et le signataire du Service des finances :

Étape 1

- Connectez-vous au Portail de la GEDSI.
- Si l'ARRC a été créé par le ministère, il s'affichera à des fins de signature dans votre tableau de bord.
- Cliquez sur le bouton « Sign » (Signer).

Nurses' Career Start Gateway Dashboard

Documents pending for Signing							
Review / Signing Documents							
Document Type	Status	ID	Fiscal year	Participants	Total Allocation / Reinvestment	Sent Date	
ARRC	Pending for signing	[REDACTED]	2023-24			[REDACTED]	<input type="button" value="Sign"/>

Étape 2

- Passez les documents en revue pour vous assurer que le rapport du programme et le rapport financier soumis par votre organisme reflètent le rapport final vérifié de votre organisme.
- Entrez le code de signature qui vous a été envoyé par courriel.
- Entrez tout commentaire (facultatif).
- Cliquez sur Approve (Approuver).

Review / E-Sign

AARC Details

ARRC ID [REDACTED]
Organization [REDACTED]
Fiscal Year [REDACTED]
Attached Document **ARRC - NEW**
Last Signed Doc **OE Signatory**
Status **Pending Signing**

Comment From Union Signatory:
Comment From SNL Signatory:
Signature Code * Enter in Signature code that was emailed.
Comment

Click approve.

Pour les administrateurs d'organismes employeurs :

Les administrateurs d'organismes employeurs peuvent renvoyer le code de signature au signataire de l'organisme employeur et au signataire du Service des finances.

Étape 1 :

- Connectez-vous au Portail de la GEDSI.
- Accédez à financial Report (Rapport financier) > « Manage ARRC » (Gérer le rapport ARRC).

Étape 2 :

- Cliquez sur le bouton Details (Détails) du rapport ARRC.
- Cliquez sur le bouton « Re-send signature code » (Renvoyer le code de signature) ou sur le bouton « send to alternate user » (Envoyer à un autre utilisateur).

Manage Annual Reconciliation Report Certificate

ARRC List						
Organization	ARRC ID	Fiscal Year	Status	Attachment	Signing Status	
		2023-24	Pending Signing	ARRC - NEW	OE Signatory	Details
		2016-17	Fully Signed	ARRC	Signed By Finance Signatory	Details
		2015-16	Fully Signed	ARRC	Signed By Finance Signatory	Details
		2014-15	Fully Signed	ARRC	Signed By Finance Signatory	Details

ARRC Details

ARRC ID [REDACTED]
Organization [REDACTED]
Fiscal Year [REDACTED]
Attached Document **ARRC - NEW**
Last Signed Doc **OE Signatory**
Status **Pending Signing**

Show Status History

Download ARRC

Resend Signature Code

Send to Alternate user for signature