

Demande de niveau B au titre du Programme de subvention à l'achat de fournitures d'incontinence (Incontinence Supplies Grant Program)

USAGE INTERNE SEULEMENT

Date received: _____ Date processed: _____ Date approved: _____
 Cycle: _____ Level: _____ Review Date: _____ Approved by: _____

REMARQUES IMPORTANTES :

- Le présent formulaire de demande s'adresse aux clients qui participent déjà activement au programme et qui souhaitent faire une demande d'augmentation de la subvention au niveau B. La demande doit être accompagnée de reçus récents pour une période d'au moins 4 mois.
- Veuillez écrire clairement. Les demandes qui ne sont pas claires ou incomplètes seront renvoyées à l'expéditeur.
- Le traitement des demandes prend de 4 à 6 semaines.
- Les reçus peuvent être envoyés par la poste (les reçus originaux sont retournés sur demande; les reçus non retournés sont détruits)
- Les reçus peuvent aussi être envoyés par courriel ou par télécopieur (les reçus doivent être complets, lisibles et comprenant la date d'achat; les reçus altérés/pliés ne sont pas acceptés)
- Si vous êtes un nouveau client ou si votre famille était inscrite auparavant mais qu'elle ne reçoit plus la subvention, vous devez présenter une nouvelle demande.
- Fournir sciemment des renseignements erronés sur ce formulaire de demande constitue un délit.

SECTION 1

N° de subvention à l'achat de produits d'incontinence : _____

Nom de famille de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____ Le sexe: _____

N° de carte Santé de l'enfant : _____ Code de version : _____

Veuillez remplir cette section pour que nous ayons des renseignements à jour au dossier :

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ Autre numéro (travail/cellulaire) : _____

Courriel : _____

Renseignements sur le paiement

Une fois la demande approuvée, les paiements vous seront versés suivant le cycle prévu, soit par la poste, soit par dépôt direct. Si vous souhaitez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez communiquer avec le comptable du programme pour obtenir le formulaire pertinent.

Important : Tous les premiers bénéficiaires doivent signer la présente demande. Pour tout changement concernant un bénéficiaire, vous devez communiquer avec le coordonnateur du programme et remplir le formulaire de changement de bénéficiaire. Pour des raisons de confidentialité, les renseignements ne seront transmis qu'aux bénéficiaires dont le nom figure sur le formulaire.

USAGE INTERNE SEULEMENT

Jan : _____ Feb : _____ Mar : _____ Apr : _____
 May : _____ June : _____ July : _____ Aug : _____
 Sept : _____ Oct : _____ Nov : _____ Dec : _____

SECTION 2

Veillez indiquer le type de produit :

Niveau de subvention B (900 \$/an) → Type de produit :

- Couches, couches-culottes, sous-vêtements, sous-vêtements de natation (de 6 à 18 ans)
 Cathéters/sacs de collecte

Vessie (remplissez tous les champs) :

- Incontinence : Totale (aucun contrôle) Fréquente (contrôle **partiel**) Rare (perte de contrôle **occasionnelle**)
- Incontinence pendant : Le jour et la nuit La nuit seulement
- L'enfant a-t-il des habitudes d'élimination? Oui Non
- L'enfant parvient-il à contrôler sa vessie? Oui Non Inconnu

Intestin (remplissez tous les champs) :

- Incontinence : Totale (aucun contrôle) Fréquente (contrôle **partiel**) Rare (perte de contrôle **occasionnelle**)
- Incontinence pendant : Le jour et la nuit La nuit seulement
- L'enfant a-t-il des habitudes d'élimination? Oui Non
- L'enfant parvient-il à contrôler son intestin? Oui Non Inconnu

Détails concernant les fournitures d'incontinence nécessaires chaque mois (couches, couches-culottes, cathéters)

Produits utilisés : _____ Quantité utilisée : _____ par jour/_____ par nuit

Coût par emballage : _____ Coût mensuel estimatif : _____

Je joins à ma demande des reçus récents pour une période de 4 mois. Les demandes qui sont présentées sans reçus récents pour une période de 4 mois ne seront pas traitées. Veuillez apposer vos initiales : _____

- Si vous n'avez pas conservé ou avez égaré vos reçus, gardez vos reçus pendant les 4 prochains mois et présentez-les après cette période.
- Les reçus originaux pourront vous être renvoyés sur demande. Les reçus non renvoyés seront détruits après que la demande sera vérifiée. Les reçus envoyés par courriel ou par télécopieur doivent être lisibles et montrer le reçu au complet. Les reçus falsifiés ou pliés ne sont pas acceptables.
- **La subvention NE COUVRE PAS les gants, les lingettes, les crèmes, les ordonnances (y compris les lavements), les vêtements et le linge de lit, le détergent à lessive et les serviettes hygiéniques pour les menstruations.**

Parent/tuteur légal n° 1 :

Nom (caractères d'imprimerie) : _____

Signature : _____

Date (aa-mm-jj) : ____-____-____

Parent/tuteur légal n° 2 :

Nom (caractères d'imprimerie) : _____

Signature : _____

Date (aa-mm-jj) : ____-____-____

Remarque : Le paiement de la subvention commence après que la demande est approuvée. Aucun paiement rétroactif ne peut être fait dans le cadre du programme. Veuillez relire le formulaire avant de l'envoyer pour vérifier que tous les renseignements demandés sont fournis. S'il manque des renseignements, le formulaire vous sera renvoyé, ce qui retardera le traitement de la demande.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et vos reçus au **coordonnateur du programme**.

Poste : Timbre de Pâques Ontario, I.G. Program, 700-1 Concorde Gate, Toronto (Ontario) M3C 3N6

Télécopieur : 416 696-1035

Courriel : igprogram@easterseals.org