

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

REMARQUES IMPORTANTES :

- Veuillez lire les Lignes directrices du programme sur le site easterseals.org avant de remplir le présent formulaire, pour vérifier que votre enfant est admissible.
- Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie. Les demandes qui ne sont pas claires ou qui sont incomplètes ne seront pas traitées.
- Le traitement des demandes prend de 4 à 6 semaines.
- Les formulaires de demande peuvent être envoyés par la poste, par télécopieur ou par courriel.
- Si le formulaire est envoyé par voie électronique, les images doivent être claires. Veuillez conserver une copie de l'original de votre demande, car il est possible que vous deviez envoyer cet original par la poste.
- Si vous étiez inscrit auparavant, mais que vous ne recevez plus la subvention, veuillez joindre à votre demande des reçus récents pour une période de 4 mois.
- Si vous êtes actuellement inscrit et souhaitez demander une augmentation de la subvention, veuillez lire les Lignes directrices du programme et remplir le formulaire de demande du niveau B qui se trouve sur le site easterseals.org.

SECTION 1

N° de carte Santé de l'enfant : _____ Code de version : _____ **Un n° de carte Santé valide de l'Ontario est exigé.**

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

Date de naissance année _____ mois _____ jour _____ Le sexe : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone principal : _____ Autre numéro : _____

Courriel : _____ Oui Non

Un autre de vos enfants est-il inscrit ou était-il inscrit au Programme de subvention à l'achat de fournitures d'incontinence?
 Si oui, veuillez indiquer son nom : _____

Interprète requis pour le parent/tuteur : Oui Non

CONSENTEMENT

Si une personne (p. ex., un membre de votre famille) ou un organisme vous aide et que vous souhaitez qu'elle ait accès aux renseignements provenant du programme, veuillez fournir l'information demandée ci-dessous. Le présent consentement peut être révoqué en tout temps en communiquant avec le personnel du programme.

Nom de la personne (caractères d'imprimerie) : _____ Lien : _____ N° de tél. : _____

Organisme (caractères d'imprimerie) : _____ Personne-ressource : _____ N° de tél. : _____

SECTION 2 (Veuillez lire et apposer vos initiales dans chaque case)

	Initiales des parents/tuteurs
<p>Je suis le parent ou tuteur légal/Nous sommes les parents ou tuteurs légaux de l'enfant. Tuteurs légaux : Si un enfant est pupille de la Couronne ou qu'il a été placé dans un foyer de groupe, ou s'il y a un changement lié à la garde parentale, veuillez fournir une copie des documents juridiques détaillant la tutelle légale. Le fait de ne pas fournir les documents appropriés (ordonnances du tribunal pour les pupilles de la Couronne) retardera le traitement de la demande. Documents juridiques ci-joints : <input type="checkbox"/> Oui</p>	_____
<p>J'atteste/Nous attestons que l'enfant ne réside pas dans un hôpital de soins actifs, dans un hôpital pour malades chroniques, dans un établissement résidentiel inscrit à l'Annexe I ou III du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) ni dans un établissement inscrit à l'Annexe II du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).</p>	_____
<p>J'autorise/Nous autorisons la divulgation de renseignements réunis aux termes des articles 4, 10, 11, 17, 29 et 45 de la <i>Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chapitre H.6</i> pour vérifier que je suis/nous sommes admissible(s) à une couverture santé.</p>	_____

SECTION 3 – COUCHES/CATHÉTERS (Veuillez remplir tous les champs)

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

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

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

La subvention ne couvre PAS : lingettes, gants, crèmes, vêtements, produits de lessive, linge de lit, serviettes hygiéniques (menstruation)

Produits utilisés : Couches/couches-culottes/sous-vêtements de natation/sous-vêtements/protège-dessous Quantité utilisée : _____ par jour/ _____ par nuit

Cathéters/sacs de collecte Quantité utilisée : _____ par jour/ _____ par nuit

Coût mensuel estimatif : _____

(Veuillez lire et apposer vos initiales dans chaque case)

**Initiales des
parents/tuteurs**

Je comprends/Nous comprenons qu'il m'appartient/nous appartient de conserver tous les reçus d'achat de fournitures d'incontinence, car je devrai/nous devrons répondre à des demandes de vérification au cours de notre participation au programme.

J'atteste/Nous attestons que les renseignements ci-dessus décrivent avec exactitude les besoins actuels de l'enfant en matière d'incontinence.

*****LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE DOIT REMPLIR CETTE SECTION.*****

(S'il manque des renseignements, le formulaire sera renvoyé au parent/tuteur légal.)

Remarque : Le demandeur doit être âgé de 3 à 18 ans et avoir un **handicap chronique** entraînant une incontinence irréversible ou des problèmes de rétention durant plus de six mois. **Exception :** Les enfants de moins de 3 ans qui utilisent un cathéter ou portent continuellement un appareil de collecte (p. ex., cystostomie) sont admissibles à présenter une demande. Veuillez consulter les Lignes directrices pour en savoir davantage. Les enfants et les jeunes atteints d'**incontinence urinaire nocturne (énurésie nocturne)** ou d'**incontinence de stress** ne sont **pas admissibles** à la subvention. Veuillez joindre à ce formulaire les notes de votre médecin sur le diagnostic de votre enfant relativement à son incontinence.

Diagnostic primaire (Raison de l'incontinence): _____

Secondaire à une incapacité / condition chronique: _____

Intervention chirurgicale et date (le cas échéant) : _____

J'atteste que l'enfant ou le jeune nommé plus haut est atteint d'une incontinence irréversible durant plus de 6 mois et qu'il a besoin de fournitures d'incontinence sur une base permanente pendant le jour et la nuit.

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne (en caractères d'imprimerie) : _____

N° de certificat de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) : _____ ou n° d'inscription de l'IP : _____

Adresse : _____ N° de téléphone : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____ Signature : _____

SECTION 4 – GESTION INTESTINALE (fournitures seulement)

Veillez passer aux renseignements sur le bénéficiaire si la présente section ne s'applique pas.

Le demandeur peut être admissible à une subvention additionnelle s'il utilise des fournitures particulières pour la gestion intestinale sur une base permanente.

La subvention ne couvre PAS les produits médicamenteux tels que :

- les lavements de type « Fleet »
- le glycol polyéthylénique (PEG)
- les émoullients laxatifs et les laxatifs (p. ex., Restoralax, Dulcolax)

La subvention ne couvre PAS non plus les articles tels que :

- gants
- lingettes
- crèmes
- lessive (linge de lit)

Produits utilisés :	<input type="checkbox"/> Cæcostomie	Quantité par semaine : _____
	<input type="checkbox"/> Lavement MACE	Quantité par semaine : _____
	<input type="checkbox"/> Système d'irrigation Peristeen	Quantité par semaine : _____
	<input type="checkbox"/> Suppositoires à la glycérine	Quantité par semaine : _____
	<input type="checkbox"/> Glycérine liquide	Quantité par semaine : _____
	<input type="checkbox"/> Autre; veuillez préciser	Quantité par semaine : _____

Coût par article : _____ Coût mensuel estimatif : _____

(Veillez lire et apposer vos initiales dans chaque case)

Initiales des
parents/tuteurs

Je comprends/Nous comprenons qu'il est nécessaire de conserver tous les reçus d'achat de fournitures de gestion intestinale, car je devrai/nous devrons répondre à des demandes de vérification au cours de notre participation au programme.

J'atteste/Nous attestons que les renseignements ci-dessus décrivent avec exactitude les besoins actuels de l'enfant en matière d'incontinence.

*****LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE DOIT REMPLIR CETTE SECTION.*****

(S'il manque des renseignements, le formulaire sera renvoyé au parent/tuteur légal.)

Diagnostic primaire (Raison de l'incontinence): _____

Secondaire à une incapacité / condition chronique: _____

Intervention chirurgicale et date (le cas échéant): _____

J'atteste que l'enfant ou le jeune nommé plus haut a besoin des fournitures de gestion intestinale indiquées sur une base permanente.

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne (en caractères d'imprimerie) : _____

N° de certificat de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) : _____ ou n° d'inscription de l'IP : _____

Adresse : _____ N° de téléphone : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____ Signature : _____

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (cette section doit être remplie par le bénéficiaire)

Renseignements aux fins du paiement

Les parents/tuteurs légaux peuvent recevoir les paiements eux-mêmes ou désigner une autre partie qui a actuellement la garde de l'enfant. Pour des raisons de confidentialité, les renseignements ne seront transmis qu'aux parents/tuteurs légaux et aux bénéficiaires dont le nom figure sur le formulaire, à moins qu'une permission soit obtenue auprès des parents/tuteurs légaux.

Je suis/nous sommes :

- un parent ou tuteur légal/les parents ou tuteurs légaux
- un membre ou des membres de la famille
- un organisme/un foyer de groupe

Bénéficiaire n° 1 (caractères d'imprimerie) : _____

Lien avec l'enfant : _____

Bénéficiaire n° 2 (caractères d'imprimerie) : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

N° de téléphone principal : _____

Autre numéro : _____

Courriel : _____

Signature du bénéficiaire n° 1 : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____

Signature du bénéficiaire n° 2 : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____

*Veuillez remplir le formulaire de dépôt direct pour que la subvention soit déposée directement dans votre compte bancaire, sans quoi vous recevrez des chèques par la poste.

SECTION 6 – AUTORISATION (cette section doit être signée par les parents/tuteurs légaux).

Veuillez relire le formulaire avant de l'envoyer pour vérifier que tous les renseignements demandés sont fournis.

Remarque : La subvention est payée en deux versements à intervalle de six mois après que la demande est approuvée. Le montant vise les achats de produits d'incontinence des six mois suivants. Aucun paiement rétroactif ne peut être fait dans le cadre du programme. S'il manque des renseignements, le formulaire de demande vous sera renvoyé, ce qui retardera le traitement de la demande.

Remarque : La subvention pourra être maintenue à condition que Timbres de Pâques Ontario continue d'administrer le Programme de subvention à l'achat de fournitures d'incontinence pour les enfants et les jeunes ayant un handicap, et que Sa Majesté la Reine du chef de la province de l'Ontario continue de verser à Timbres de Pâques Ontario le financement lié à la subvention.

Fournir sciemment des renseignements erronés constitue un délit. La subvention est une contribution à l'achat de fournitures et peut ne pas couvrir la totalité des frais. Tout mésusage du financement pourra être signalé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

(Veuillez lire et apposer vos initiales)

Initiales des
parents/tuteurs

J'atteste/Nous attestons qu'à ma/notre connaissance, les renseignements fournis sur le présent formulaire de demande sont vrais, exacts et complets.

Parent/tuteur légal (caractères d'imprimerie) : _____

Lien avec l'enfant : _____

Parent/tuteur légal (signature) : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____

Parent/tuteur légal (caractères d'imprimerie) : _____

Lien avec l'enfant : _____

Parent/tuteur légal (signature) : _____

Date : année _____ mois _____ jour _____

SECTION 7

Si vous souhaitez recevoir la subvention par dépôt direct, veuillez indiquer ci-après vos renseignements bancaires.

Nom du titulaire du compte : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone principal : _____ Autre numéro : _____

Courriel : _____

Nom de l'enfant : _____

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

Veuillez joindre au présent formulaire un chèque en blanc avec la mention « Nul ».

JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ ICI

Si vous ne pouvez pas joindre de chèque annulé, veuillez fournir les renseignements suivants. (Notez bien qu'en cas d'erreur, votre chèque pourrait être déposé dans le mauvais compte.)

N° transitaire (5 chiffres) : _____ N° de succursale (3 chiffres) : _____ N° de compte : _____

Veuillez inscrire tous les numéros figurant au bas de votre chèque : _____

AUTORISATION

J'autorise par la présente le déposant susmentionné à effectuer un dépôt direct dans le compte indiqué ci-dessus. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce qu'un avis écrit soit transmis pour mettre fin au dépôt direct.

Parent/tuteur légal (caractères d'imprimerie) : _____ Lien avec l'enfant : _____

Parent/tuteur légal (signature) : _____ Date : année _____ mois _____ jour _____

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

Poste : Timbres de Pâques Ontario, I.G. Program
One Concorde Gate, Suite 700
Toronto (Ontario) M3C 3N6

Télécopieur : 416 696-1035, à l'attention de « I.G. Program »

Courriel : igprogram@easterseals.org

Pour lire la foire aux questions, visitez :

www.easterseals.org

Personne-ressource :

Coordonnateur du programme
416 510-5074