

TOP UP GRANT PROGRAM 2024-25

Cher parent/tuteur légal,

La présente lettre et le formulaire de demande au Top Up Grant Program vous sont envoyés parce que ton enfant bénéficie actuellement du Programme de subvention à l'achat de fournitures d'incontinence et pourrait être admissible au programme d'aide complémentaire **Top Up Grant Program**.

Le programme Top Up Grant Program consiste en un paiement unique complémentaire destiné aux enfants et aux jeunes admissibles qui sont âgés de moins de 18 ans. Ce programme est administré par Easter Seals Ontario au nom du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.

Admissibilité (entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025- La date limite de présentation des demandes est le 31 décembre 2024.

Pour être admissible au programme Top Up Grant Program, votre enfant doit répondre aux **TROIS** critères d'admissibilité suivants :

- 1) Votre enfant participe au Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence d'Easter Seals Ontario pendant la période d'admissibilité (nota : si le dossier de votre enfant est à l'étude, le formulaire d'évaluation doit être renvoyé et l'admissibilité de l'enfant doit être confirmée pour déterminer son admissibilité à l'aide complémentaire); **ET**
- 2) Votre enfant reçoit des prestations du Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESC) pendant la période d'admissibilité; **ET**
- 3) Aucun parent/tuteur légal de l'enfant ne reçoit de soutien du revenu au titre du programme Ontario au travail (OT) ni du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) pendant la période d'admissibilité.

Si votre enfant répond à ces TROIS exigences, veuillez continuer de remplir le formulaire de consentement. Vous continuerez de recevoir vos prestations du Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence, quelle que soit votre admissibilité au programme Top Up Grant Program.

- **À noter:** Si vous ou votre conjoint recevez un soutien du revenu au titre du programme OT ou du POSPH, votre enfant n'est pas admissible au programme Top Up Grant Program, mais vous pourriez être admissible à d'autres prestations d'aide sociale appelées **Prestations obligatoires pour les nécessités spéciales**. **Veuillez communiquer directement avec votre chargé de cas au programme OT ou au POSPH pour en savoir plus.**
- Si votre enfant **ne reçoit pas** d'aide au titre du Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave(AEHG), il ou elle n'est **pas** admissible. Veuillez **ne pas** remplir le formulaire de consentement ci-joint.

Remplissez le formulaire de consentement.

- Le **parent/tuteur légal** qui bénéficie de l'AEHG doit remplir le formulaire de consentement.
- **Consentement** : En remplissant la section liée au consentement sur le formulaire de demande, vous permettez à Easter Seals Ontario de vérifier vos renseignements et de les communiquer au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.
- Assurez-vous de faire signer le formulaire de consentement par un témoin. Le témoin peut être *toute personne* âgée de 16 ans ou plus, y compris un membre de la famille.

La date limite de présentation des demandes est le **31 décembre 2024**. Aucune exception ne sera faite.

Pour toute question concernant le programme Top Up Grant Program, veuillez communiquer avec l'administrateur ou l'administratrice du programme Top Up Grant Program d'Easter Seals Ontario au numéro 416.510.5088, au numéro sans frais 1 800.668.6252, poste 324, ou à l'adresse de courriel topup@easterseals.org.

Veuillez prévoir un délai de 10 à 12 semaines pour le traitement de votre demande.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

L'administrateur ou l'administratrice du programme Top Up Grant Program

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DES FAMILLES

Le programme d'aide complémentaire Top Up Grant Program s'adresse aux enfants et aux familles qui répondent aux critères suivants :

- Votre enfant participe au Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence d'Easter Seals Ontario pendant la période d'admissibilité (nota : si le dossier de votre enfant est à l'étude, le formulaire d'évaluation doit être renvoyé et l'admissibilité de l'enfant doit être confirmée pour déterminer son admissibilité à l'aide complémentaire), ET
- L'enfant reçoit une aide au titre du Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, ET
- Le(s) parent(s)/tuteur(s) de l'enfant ne reçoivent pas de prestations d'aide sociale, par exemple celles du programme Ontario au travail (OT) ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH).

Si votre enfant et votre famille répondent à **tous** les critères énoncés, veuillez remplir le formulaire de consentement.

Si votre enfant et votre famille ne répondent pas à tous les critères énoncés, veuillez ne pas remplir le formulaire de consentement.

À NOTER : Le fait que votre demande soit refusée ou que vous soyez inadmissible au programme d'aide complémentaire Top Up Funding Program NE CHANGERA RIEN à votre subvention à l'achat de produits d'incontinence. Vous continuerez de recevoir vos prestations dans le cadre de ce programme comme à l'habitude, peu importe votre admissibilité au programme d'aide complémentaire Top Up Grant Program.

**REPLI ET SIGNÉ PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL QUI BÉNÉFICIE DE L'AEHG.
VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES**

Nom du parent/tuteur légal qui bénéficie de l'AEHG : _____

Nom de l'enfant admissible : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____ (mm/dd/yyyy)

VEUILLEZ INDIQUER LES INFORMATIONS CORRECTES		À L'USAGE DU BUREAU
Adresse:		<input type="checkbox"/>
Téléphone:		<input type="checkbox"/>
E-Mail:		<input type="checkbox"/>
OHIP:		<input type="checkbox"/>

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné(e), _____, consens à la communication de renseignements,
(nom du parent/tuteur qui bénéficie de l'AEHG – en lettres mouluées SVP)

de dossiers ou de documents entre les représentants autorisés d'Easter Seals Ontario et le **Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires** afin de vérifier si mon enfant est ou demeure admissible aux programmes suivants :

1. **Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG)** administré par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires
2. **Aide complémentaire Top Up Grant Program du Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence** administré par Easter Seals Ontario

Signature du parent/tuteur légal qui bénéficie de l'AEHG Signature du témoin (toute personne âgée de plus de 16 ans)

Date

CE CONSENTEMENT EST LÉGAL JUSQU'AU 31 MARS 2025 À MOINS D'ÊTRE RÉVOQUÉ PAR ÉCRIT AVANT.

Envoyer le formulaire à Top Up Funding Program – Courriel: topup@easterseals.org Téléc: 416.696.1035

Adresse postale : Easter Seals Ontario, One Concorde Gate, Suite 700, Toronto, ON M3C 3N6.

La date limite de présentation des demandes est le **31 décembre 2024**. Aucune exception ne sera faite.