



Programme de financement direct

Demande de participation

Avant d'entamer la présente demande, avez-vous...

- Revu les critères d'admissibilité? (Pages 1 – 2 dans le guide de présentation d'une demande)
- Communiqué avec votre Centre de vie autonome local pour obtenir de l'aide?
- Revu le guide de présentation d'une demande? (Vous trouverez le **Guide** utile pour remplir la demande.)

Veillez :

- Remplir la présente demande dans vos propres mots. (Vous pouvez recevoir de l'aide physique d'une autre personne pour écrire vos réponses.)
- Remplir le formulaire à l'aide d'un stylo noir ou d'une imprimante.
- Remettre la demande originale signée en format papier. Aucun courriel, aucune photocopie ou télécopie ne sera accepté. Garder une copie pour vos dossiers.

NOM : _____ VILLE : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ / _____ / _____
(DOMICILE) (CELLULAIRE) (TRAVAIL)

COURRIEL : _____ Quelle est la meilleure façon de vous joindre? _____

CONTACT SECONDAIRE : _____ / _____
(NOM) (NUMÉRO DE TÉLÉPHONE)

1. Numéro de carte Santé de l'Ontario : _____
2. Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ 3. Sexe : _____
4. Nom du ou des handicaps physiques : _____

5. Veuillez COCHER chaque activité pour laquelle vous nécessitez des services d'auxiliaires :

- Changement de position au lit, redressement, mise en position ou transferts;
- Lavage, bain, douche, rasage ou soins personnels;
- Habillage ou déshabillage;
- Cathétérisme, vidage et remplacement d'une gaine de jambe, utilisation de la toilette, miction ou élimination des matières fécales;
- Respiration, soins liés à une trachéotomie ou entretien d'appareils d'oxygénothérapie;
- Alimentation;
- Préparation des repas, lavage de la vaisselle, lessive ou autres travaux ménagers;
- Communication essentielle.

6. Avez-vous des troubles de communication? Si oui, comment communiquez-vous avec les autres? Veuillez expliquer.

7. Votre besoin d'aide pour les activités dans la question 5 a-t-il changé au cours de la dernière année? Si oui, veuillez expliquer.

8. Habitez-vous : seul avec votre famille ou d'autres personnes

9. (a) Veuillez COCHER chaque ressource de laquelle vous obtenez actuellement des services d'auxiliaires, du financement ou d'autres services pour vous aider dans vos activités de la vie quotidienne :

- Services d'auxiliaires à domicile/Services de soins à domicile effectué par l'entremise du centre d'accès aux soins communautaires (CASC) p. ex. Soins à domicile, services d'aide familiale
 - Services de soutien personnel ou d'aide familiale coordonnés par un centre d'accès aux soins communautaires
 - Logements avec services de soutien (important : voir le guide FD, page 3)
 - Établissement de soins de longue durée (maison de soins infirmiers ou autre établissement de santé)
 - Établissement de réadaptation
 - Établissement de transition
 - Règlement offert par vos assurances, indemnités d'assurance, régime de santé privé
 - Autre (c.-à-d., famille, etc.)
-

9. (b) Veuillez indiquer LE NOM AU COMPLET DES ORGANISATIONS SUSNOMMÉES, LEUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET LE NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE pour que nous puissions vérifier les services que vous recevez actuellement :

10. Recevez-vous ou envisagez-vous recevoir des indemnités ou des paiements versés par une compagnie d'assurances ou par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou d'autres fonds semblables? (Remarque : vous êtes tenu par la loi de les indiquer.)

Oui Non Veuillez décrire : _____

11. En ce qui concerne CHACUNE des ressources de services mentionnées à la question 9, veuillez indiquer le NOMBRE D'HEURES que vous utilisez (multipliez le total hebdomadaire par 4,33 pour obtenir le total mensuel).

Ressource	Hebdomadaire	Mensuel (Hebdomadaire x 4.33)
Total actuel d'heures par mois :		

12. Besoins proposés en matière de services d'auxiliaire : Veuillez résumer les principales activités pour lesquelles vous auriez besoin d'aide et inscrire les tranches de temps, en heures, durant lesquelles il vous faudrait embaucher un auxiliaire. (Utilisez les décimales pour les chiffres de moins d'une heure : 0,25 au lieu de ¼ heure, 0,5 au lieu de ½ heure et 0,75 au lieu de ¾ heure).

(a) AIDE LE MATIN : _____

Lun. ____ Mar. ____ Mer. ____ Jeu. ____ Ven. ____ Sam. ____ Dim. ____

Additionnez les heures du lundi au dimanche.

MATIN – SOUS-TOTAL HEBDOMADAIRE _____ (1)

(b) AIDE DURANT LE JOUR ET LE SOIR (y compris le dîner et le souper) : _____

Lun. ____ Mar. ____ Mer. ____ Jeu. ____ Ven. ____ Sam. ____ Dim. ____

Additionnez les heures du lundi au dimanche.

SOUS-TOTAL HEBDOMADAIRE – JOUR ET SOIR _____ (2)

(c) AIDE DURANT LA NUIT (y compris le coucher) : _____

Lun. ____ Mar. ____ Mer. ____ Jeu. ____ Ven. ____ Sam. ____ Dim. ____

Additionnez les heures du lundi au dimanche.

SOUS-TOTAL HEBDOMADAIRE – NUIT _____ (3)

Additionnez les lignes (1), (2) et (3) TOTAL HEBDOMADAIRE _____ (4)

Multipliez la ligne (4) par 4,33 = SOUS-TOTAL MENSUEL _____ (5)

(d) AIDE PÉRIODIQUE NÉCESSITANT DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES. N'additionnez que la moyenne des heures par mois qui ne sont pas indiquées aux points 12 (a), (b), (c).

(Important : Voir le **Guide**, page 7) : _____

SOUS-TOTAL MENSUEL – AIDE PÉRIODIQUE _____ (6)

Additionnez les lignes (5) et (6) TOTAL D'HEURES PAR MOIS _____ (7)

(Remarque : La ligne (7) ne devrait pas excéder 212,2 heures.)

13. Calcul de votre budget mensuel :

(a) FRAIS POUR DISPOSITIONS FACULTATIVES (si nécessaire)

Veillez COCHER toutes les dispositions facultatives et indiquer les frais et les calculs pour chacune (moyenne mensuelle) :

Hébergement de nuit pour l'auxiliaire, déplacement de l'auxiliaire pour se rendre au travail, plans de secours/rechange
 = _____ \$ (8)

MONTRER VOTRE CALCUL (p. ex. 5 hébergements de nuit/mois à 50 \$/chacun = 250 \$) :

Services d'agence ou d'autres frais qui ne sont pas payés à vos auxiliaires..... = _____ \$ (9)

MONTRER VOTRE CALCUL : _____

Additionnez les lignes (8) et (9) ➤ FRAIS MENSUELS POUR DISPOSITIONS FACULTATIVES = _____ \$ (10)

(b) SALAIRE HORAIRE NORMAL

Total d'heure par mois : ligne (7)..... = _____ (11)

Charge salariale moyenne par heure..... = _____ 19,00 \$ (12)

Multipliez la ligne (11) par la ligne (12) ➤ SALAIRE MENSUEL NORMAL = _____ \$ (13)

(c) CHARGES SOCIALES ET AVANTAGES SOCIAUX PAYÉS PAR L'EMPLOYEUR

Additionnez les lignes (8) et (13) : Revenu total des employés = _____ \$ (14)

Multipliez la ligne (14) by 18 % ➤ CHARGES SOCIALES ET AVANTAGES SOCIAUX PAYÉS PAR L'EMPLOYEUR = _____ \$ (15)

(d) FRAIS DIVERS*

Services de commis-comptable (moyenne mensuelle)..... = _____ 170,00 \$ (16)

Annonces, frais postaux, etc. (moyenne mensuelle)..... = _____ 25,00 \$ (17)

Frais bancaires (moyenne mensuelle)..... = _____ 10,00 \$ (18)

Assurance-responsabilité (moyenne mensuelle)..... = _____ 10,00 \$ (19)

Additionnez les lignes (16), (17), (18) et (19) ➤ FRAIS DIVERS = _____ 215,00 \$ (20)

Additionnez les lignes (10), (13), (15) et (20) ➤ **BUDGET MENSUEL TOTAL** = _____ \$ (21)

(e) RÉSERVE POUR ÉVENTUALITÉS

Multipliez la ligne (21) par 5 %..... = _____ \$ (22)

*Fonds pour frais divers sont des paiements destinés à des tierces parties seulement.

14. (Optionnel) Dans l'espace ci-après, ou sur une feuille séparée), décrivez les aptitudes, l'expérience et la formation que vous possédez et qui démontrent votre capacité à assumer les responsabilités liées à l'autogestion des services d'auxiliaires.

15. Comment avez-vous appris l'existence du Programme de financement direct?

16. Déclaration

J'ai lu et je comprends le *Livret d'information générale* et le *Guide de présentation d'une demande de participation*. Je comprends les fonctions et les responsabilités liées au rôle d'employeur d'auxiliaires ainsi que les risques éventuels s'y rattachant, et je suis prêt à les assumer

Je comprends et j'accepte que je serai interrogé sur mon handicap, mes services passés et actuels et tout autre aspect de la demande. Par la présente, je confirme que c'est moi qui ai rempli la présente demande et que les renseignements précités sont exacts et véridiques

(SIGNATURE DU PARTICIPANT OU MARQUE *)

(DATE MM/JJ/AAAA)

*** À noter :** Cette demande DOIT ÊTRE signée ou marquée **par le participant lui-même**.

Une signature d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par un tuteur légal, un fondé de pouvoir ou une personne autorisée par procuration légale sera refusée.

17. Pièces jointes et directives d'envoi

Faites parvenir par la poste l'ORIGINAL de votre demande signée. Si vous avez rempli le formulaire en format PDF, veuillez l'imprimer, le signer et l'envoyer par la poste. Assurez-vous de **conserver une copie** pour vos dossiers.

Veillez vous assurer de joindre à ce formulaire les documents suivants :

« Formulaire de demande de divulgation de renseignements » (page 6)

FAITES PARVENIR L'ORIGINAL DE VOTRE DEMANDE PAR LA POSTE À L'ORGANISATION SUIVANTE :

Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc.
Programme de financement direct
365, rue Bloor Est, bureau 902
Toronto ON M4W 3L4

Ce formulaire demeure confidentiel lorsque reçu par CILT.

(Voir à la page suivante.) ➤

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA DIVULGATION DE L'INFORMATION

Madame, Monsieur,

La présente certifie que je, _____, (Nom complet du demandeur)

(Imprimez svp)

suis un applicant au, ou un participant dans, le programme de Services d'auxiliaires autogérés – Programme de financement direct (le « programme ») administré par Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc.

Ceci servira à autoriser les Ministères du gouvernement provincial, fédéral ou municipal, l'agence ou le corps; toute institution financière; n'importe quel fournisseur de services auxiliaires ou n'importe quel fournisseur de soins de la santé qui a la connaissance, l'information ou la documentation concernant mon incapacité, ma demande ou ma participation dans le programme de fournir ladite information, et/ou discuter de ladite information, de la documentation ou n'importe quel point relatif avec, le Directeur général de CILT ou Administrateur du programme de financement direct ou toute autre personne mandatée à recevoir une telle information ou documentation. Je reconnais que CILT pourrait, par exemple, confirmer mes besoins auprès d'autres agences de services auxiliaires ou fournisseurs de soins de la santé. Toute information et/ou documentation est rassemblée afin d'évaluer mes besoins et/ou ma participation dans le programme et sera conservée dans la stricte confidentialité au sein de CILT et ne sera révélée qu'à la suite de l'obtention d'une autorisation écrite indiquant de faire autrement.

Ceci libère les Ministères du Gouvernement provincial, fédéral, ou municipal, agence, ou corps; toute institution financière; tout fournisseur de services auxiliaires ou tout fournisseur de soins de la santé de toute poursuite judiciaire en raison de divulgation de l'information ou de documentation.

Ceci sera autorité suffisante à la divulgation des informations personnelles mentionnées ci-dessus auprès de CILT, selon les exigences de la Loi fédérale sur l'accès à l'information, la Loi provinciale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ainsi que la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS). Je reconnais que CILT, étant un gardien de l'information de santé, collecte et conserve mes informations personnelles de santé selon la LPRPS et peut seulement employer cette information afin d'évaluer mes besoins et/ou ma participation n dans le programme.

Merci de votre coopération. Veuillez envoyer toute correspondance au :

Administrateur du programme de financement direct
Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc.
365, rue Bloor Est, bureau 902
Toronto, Ontario M4W 3L4

Téléphone : 416-599-2458
Sans frais : 1-800-354-9950
Télécopieur : 416-599-3555

Signature ou marque (demandeur ou participant)

Date (MM/JJ/YYYY)

Signature ou marque (témoin)

Date (MM/JJ/YYYY)

À l'usage du bureau seulement

(Direct Funding Program) Signature ou marque

Date (MM/JJ/YYYY)