



Formulaire de demande de financement direct

Avant de commencer à remplir ce formulaire de demande, avez-vous...

- passé en revue les critères d'admissibilité? (pages 1 – 2 du Guide de présentation d'une demande)
- pris contact avec votre centre de ressources sur la vie autonome local pour obtenir de l'aide?
- lu le Guide de présentation d'une demande? (Vous aurez besoin du Guide pour remplir la demande)

Vous devez :

- Remplir ce formulaire dans vos propres mots (quelqu'un peut vous aider à écrire vos réponses)
- Utiliser un stylo noir ou une imprimante
- Vous devez envoyer une copie signée de votre demande par courriel ou par la poste; veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.

NOM LÉGAL* : _____ / _____ / _____
(PRÉNOM) (2^e PRÉNOM) (NOM DE FAMILLE)

*Êtes-vous connu(e) sous d'autres noms? Non Oui Si oui, veuillez les indiquer : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ 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/AAAA) : _____ 3. Sexe : _____

4. Nom du ou des handicaps physiques permanents : _____

5. Veuillez **COCHER** chaque activité pour laquelle vous avez besoin de 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'un sac urinaire, 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(e) avec votre famille ou d'autres personnes

9. (a) Veuillez COCHER vos sources actuelles de services d'auxiliaires, de financement ou d'autres services

pour vous aider dans vos activités de la vie quotidienne :

- Services de soutien personnels coordonnés par l'entremise de SAdO (Santé à domicile Ontario)
- Services d'auxiliaires à domicile
- Logements avec services de soutien (important : voir le guide du 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 (p. ex., famille, etc.)

(b) Pour les sources que vous avez cochées ci-dessus, indiquez le NOM DE L'ORGANISATION, SON NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET LE NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE. Cela nous permettra de vérifier les services que vous recevez actuellement :

10. Recevez-vous ou envisagez-vous de recevoir des indemnités ou des paiements versés par une compagnie d'assurances, un régime de santé privé, la WSIB ou d'autres fonds semblables? (Vous êtes tenu par la loi de les divulguer.)

Oui Non Veuillez expliquer : _____

11. Pour CHACUNE des sources de services mentionnées à la question 9, y compris la famille, veuillez indiquer le NOMBRE D'HEURES que vous utilisez. Multipliez le total hebdomadaire par 4,33 pour calculer votre total mensuel.

| Source | Hebdomadaire | Mensuel (hebdomadaire × 4,33) |
|----------------------------------|--------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Nombre total d'heures par mois : | | |

12. Votre plan de services proposé : Réfléchissez à vos habitudes quotidiennes telles qu'elles seraient avec le financement direct. Énumérez les principales activités pour lesquelles vous feriez appel à un auxiliaire. Saisissez le temps nécessaire, en heures. (Utilisez les décimales pour les heures partielles : 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 JOUR/SOIR – SOUS-TOTAL HEBDOMADAIRE (2) _____

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

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

Additionnez : Les heures du lundi au dimanche NUIT – SOUS-TOTAL HEBDOMADAIRE (3) _____

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

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

(d) AIDE OCCASIONNELLE NÉCESSITANT DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES : Additionnez uniquement la moyenne des heures par mois qui ne sont pas déjà incluses aux points 12 (a), (b), (c).

(Important : Voir le **Guide de présentation d'une demande de financement direct**, page 7) : _____

SOUS-TOTAL MENSUEL, AIDE OCCASIONNELLE _____ (6)

Additionnez : les lignes (5) et (6) TOTAL DES HEURES PAR MOIS _____ (7)

(Remarque : la ligne (7) ne devrait pas dépasser 212,2 heures.)

13. Calculez votre budget mensuel comme suit :

(a) FRAIS POUR DISPOSITIONS FACULTATIVES (au besoin)

Veillez COCHER chaque disposition dont vous avez besoin et indiquez les frais et les calculs pour chacune (moyenne mensuelle) :

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

MONTREZ VOTRE CALCUL (par exemple, 5 nuitées/mois à 70,00 \$/chacune = 350,00 \$) :

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

MONTREZ VOTRE CALCUL :

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

(b) SALAIRE MENSUEL NORMAL

Nombre total d'heures par mois : De la ligne (7) = (11)

Charge salariale moyenne par heure = 25,00 \$ (12)

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

(c) CHARGES SOCIALES OBLIGATOIRES LIÉES À L'EMPLOI ET AVANTAGES SOCIAUX PAYÉS PAR L'EMPLOYEUR

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

Multipliez : la ligne (14) par 21 % ➤ =

CHARGES SOCIALES OBLIGATOIRES LIÉES À L'EMPLOI ET AVANTAGES SOCIAUX PAYÉS PAR L'EMPLOYEUR \$ (15)

(d) FRAIS DIVERS*

Services de commis comptable (moyenne mensuelle) 200,00 \$

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

Frais bancaires (moyenne mensuelle) 10,00 \$

Partie de l'assurance-responsabilité (moyenne 10,00 \$

Additionnez : les lignes (16), (17), (18) et (19) ➤ FRAIS DIVERS = 245,00 \$ (20)

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

(e) RÉSERVE POUR ÉVENTUALITÉS

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

*Les fonds pour frais divers sont destinés à des paiements à des tiers uniquement.

14. (Facultatif) Dans l'espace ci-après, ou sur une feuille séparée, décrivez les aptitudes, l'expérience ou 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 suis prêt(e) à assumer les fonctions et les responsabilités liées au rôle d'employeur d'auxiliaires ainsi que les risques éventuels s'y rattachant.

Je comprends et j'accepte que je serai interrogé(e) 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 ci-dessus sont exacts et véridiques.

(SIGNATURE OU MARQUE DU DEMANDEUR) *

(DATE MM/JJ/AAAA)

***À noter** : Cette demande DOIT ÊTRE signée ou marquée **par le participant lui-même**. Les signatures de membres de la famille ou de personnes désignées par procuration ne sont pas acceptées.

17. Pièces jointes et directives d'envoi

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

N'oubliez pas d'inclure :

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

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

Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc.

Programme de financement direct

365, rue Bloor Est, bureau 902

Toronto (Ontario) M4W 3L4

OU ENVOYEZ LA DEMANDE PAR COURRIEL A : dinfo@cilt.ca

Ce formulaire est confidentiel lorsqu'il est reçu par le CILT.

(voir page suivante) ➤

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Madame, Monsieur,

Je certifie par la présente que je soussigné(e), _____,
(nom complet du demandeur)

[en caractères d'imprimerie]

présente une demande au programme de Services d'auxiliaires autogérés – Programme de financement direct (le « programme ») administré par Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc. ou y participe.

Ceci servira à autoriser tout ministère, organisme ou organe provincial, fédéral ou municipal, toute institution financière, tout fournisseur de services auxiliaires ou tout fournisseur de soins de la santé qui détient des connaissances, des renseignements ou des documents concernant mon incapacité, ma demande ou ma participation dans le programme de fournir lesdits renseignements et de discuter de ces renseignements ou documents ou n'importe quel point connexe avec le directeur général du CILT ou l'administrateur du programme de financement direct ou toute autre personne mandatée à recevoir de tels renseignements ou documents. Je reconnais que le CILT pourrait, par exemple, confirmer mes besoins auprès d'autres fournisseurs de services auxiliaires ou de soins de santé. Ces renseignements ou documents sont recueillis dans le but d'évaluer mes besoins ou ma participation au programme et seront conservés dans la plus stricte confidentialité au sein du CILT et ne seront révélés qu'à la suite de l'obtention d'une autorisation écrite indiquant de faire autrement.

Ceci libère tout ministère, organisme ou organe provincial, fédéral ou municipal, toute institution financière, tout fournisseur de services auxiliaires ou tout fournisseur de soins de santé de toute poursuite judiciaire en raison de divulgation de ces renseignements ou documents.

Cette autorisation est suffisante pour que les renseignements personnels susmentionnés soient communiqués au CILT, conformément à la Loi fédérale sur l'accès à l'information et la Loi provinciale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Je reconnais que le CILT recueille et conserve les renseignements personnels sur ma santé selon la LPRPS et ne peut employer ces renseignements que pour évaluer mes besoins ou ma participation au programme.

Merci de votre coopération. Veuillez envoyer toute correspondance à :

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
1 800 354-9950
Télécopieur : 416 599-3555

Signature ou marque (demandeur ou participant)

Date (MM/JJ/AAAA)

Signature ou marque (témoin)

Date (MM/JJ/AAAA)

À l'usage du bureau seulement

Signature ou marque (Programme de financement direct)

Date (MM/JJ/AAAA)