

Programme de financement direct

Demande de participation

Veillez consulter le **Guide** quand vous remplissez ce formulaire. Veillez remplir le formulaire à l'aide **d'un stylo noir ou d'une machine à écrire** et remettre l'original.

Remarque : Veillez remplir la présente demande en utilisant vos propres mots. Vous pouvez recevoir l'aide physique d'une autre personne pour écrire vos réponses, mais les professionnels, les membres de la famille ou autres personnes ne peuvent présenter une demande en votre nom.

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont confidentiels.

NOM : _____ CODE POSTAL : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____

(MAISON)

(TRAVAIL)

(TÉLÉCOPIEUR)

(COURRIEL)

1. N° de carte Santé de l'Ont. : _____ 2. Date de naissance : _____ Âge : _____

3. Sexe : ___ féminin ___ masculin 4. Déficience : Quel est le nom de la déficience qui vous oblige à faire appel aux services d'auxiliaires? _____

5. Habitez vous : ___ seul ___ avec votre famille ou d'autres personnes

6. Quelles sont votre langue maternelle et votre origine ethnique? (réponse facultative) _____

7. Veillez **SOULIGNER** chaque activité pour laquelle vous nécessitez des services d'auxiliaires :

- changement de position au lit, redressement, mise en position ou transferts;
- lavage du corps, bain, douche, rasage ou soins personnels;
- habillage ou déshabillage;
- cathétérisme, vidage et remplacement d'une gaine de jambe, utilisation de la toilette, miction, élimination des matières fécales;
- respiration, soins liés à une trachéotomie, entretien d'appareils d'oxygénothérapie;
- alimentation;
- préparation des repas, lavage de la vaisselle, lessive ou autres travaux ménagers;
- communication essentielle.

8. Le niveau d'aide dont vous avez besoin a-t-il changé au cours de la dernière année? Si oui, veuillez expliquer.

9. (a) Veuillez SOULIGNER toutes les sources actuelles de services d'auxiliaires ou d'autres services auxquelles vous faites appel pour vous aider à accomplir les activités de la vie quotidienne, ou l'aide financière que vous recevez à cette fin :

- Services d'auxiliaires à domicile
- Logements avec services de soutien (**Important** : voir le **Guide**, page 3)
- Indemnités ou paiements versés par une compagnie d'assurances
- Services de soutien personnel ou d'aide familiale coordonnés par un centre d'accès aux soins communautaires (Soins à domicile, services d'aide familiale, VON, St. Elizabeth)
- Établissement de transition ou de réadaptation
- Hôpital pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou établissement de soins de longue durée (maison de soins infirmiers ou autre établissement de santé)
- Autre (i.e. aucun, famille, etc.) _____

9. (b) Veuillez indiquer LE NOM AU COMPLET DES ORGANISMES SUSNOMMÉS, 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 prévoyez-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 Décrivez : _____

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

_____ : _____ heures/mois

_____ : _____ heures/mois

_____ : _____ heures/mois

Total actuel d'heures par mois: _____

12. Besoins mensuels proposés en matière de services d’auxiliaires : 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 engager un auxiliaire, du lundi au dimanche. Utilisez les décimales pour les chiffres de moins d’une heure (p. ex., 0,5 au lieu de ½ heure).

(a) AIDE LE MATIN : _____

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

Additionnez du lundi au dimanche TOTAL HEBDOMADAIRE PARTIEL - MATIN _____ (1)

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

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

Additionnez du lundi au dimanche TOTAL HEBDOMADAIRE PARTIEL – JOUR ET SOIR _____ (2)

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

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

Additionnez du lundi au dimanche TOTAL HEBDOMADAIRE PARTIEL - NUIT _____ (3)

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

Multipliez la ligne (4) par 4.33 = TOTAL MENSUEL PARTIEL _____ (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 6) : _____

TOTAL MENSUEL PARTIEL/AIDE PÉRIODIQUE _____ (6)

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

(Remarque : La ligne (7) ne devrait pas excéder 182,5 heures.)

13. Calcul de votre budget mensuel :

(a) FRAIS POUR DISPOSITIONS FACULTATIVES

Veillez SOULIGNER toutes les dispositions facultatives et indiquer les frais et les calculs pour chacune (moyenne mensuelle).

- Hébergement de nuit pour l'auxiliaire, auxiliaire de garde, déplacement de l'auxiliaire pour se rendre au travail, plans de secours/rechange = \$ _____ (8)
 CALCUL (p. ex. 5 hébergements de nuit/mois à 25,00 \$/chacun =125,00 \$) :

- Services achetés à un organisme, location d'un récepteur de poche ou d'autres frais qui ne sont pas payés à vos auxiliaires..... = \$ _____ (9)
 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 = \$ 15,00 (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) par 15 % ➤ CHARGES SOCIALES ET AVANTAGES SOCIAUX PAYÉS PAR L'EMPLOYEUR = \$ _____ (15)

(d) FRAIS DIVERS

- Services de commis comptable (moyenne mensuelle) = \$ 150,00 (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 = \$ 195,00 (20)
- Additionnez les lignes (10), (13) 15) et (20) ➤ **BUDGET MENSUEL TOTAL** = \$ _____ (21)

(e) RÉSERVE POUR ÉVENTUALITÉS

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

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. (**Important** : Voir le **Guide**, page 10.)

15. Déclaration

(a) 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.

Oui Non

(b) 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 ou marque du demandeur :

Date :

16. Pièces jointes et directives d'envoi

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

Documents à l'appui (relativement à la question 14)

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

Faites parvenir l'original de votre demande par la poste à l'organisme suivant :

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

(Voir à la page suivante.) ➤

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Date : _____
(MM/JJ/AAAA)

À qui de droit :

Par la présente, je, _____ (nom au complet) déclare avoir présenté une demande dans le cadre du Programme de financement direct des services d'auxiliaires autogérés, programme qui est administré par le Centre for Independent Living in Toronto (CILT), Inc. (le « Programme »).

J'autorise, par la présente, les personnes, les entreprises, les sociétés, les ministères et organismes gouvernementaux provinciaux, fédéraux ou municipaux, les fournisseurs de services d'auxiliaires, les fournisseurs de soins de santé ainsi que les autres personnes ou organismes, quels qu'ils soient, qui ont en leur possession des renseignements ou des documents concernant ma situation, ma demande ou ma participation au Programme, ou qui en sont au courant, à divulguer lesdits renseignements au directeur général du CILT, à l'administrateur du Programme de financement direct ou à toute autre personne que ces derniers chargent de recevoir ces renseignements ou ces documents, ou à discuter avec eux de tout renseignement, document ou problème s'y rattachant. Le caractère confidentiel desdits renseignements et documents, quels qu'ils soient, sera maintenu dans le cadre du Programme de financement direct, à moins d'indication contraire par écrit.

La présente indemniserà les personnes, les organismes gouvernementaux, les organismes ou les entreprises, quels qu'ils soient, contre toute poursuite ou conséquence découlant de la divulgation desdits renseignements ou documents.

La présente constitue une autorisation valable de divulguer les renseignements personnels précités à mes représentants, tel que l'exigent la *Loi sur l'accès à l'information* du gouvernement fédéral et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du gouvernement provincial.

Nous vous remercions de votre collaboration à cet égard. Veuillez retourner toute correspondance à la personne suivante :

Administrateur du Programme de financement direct	Téléphone : (416) 599-2458
Centre for Independent Living in Toronto (CILT)	1 800 354-9950
205, rue Richmond Ouest, bureau 605	Télécopieur : (416) 599-3555
Toronto ON M5V 1V3	

_____ Votre signature ou marque (personne qui présente la demande)	_____ Signature ou marque de votre témoin
---	--

Signature ou marque de l'administrateur du Programme de financement direct