



Aider les jeunes
handicapés physiques
à réussir

Demande au titre du Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Date de réception: _____ Date de traitement: _____ Date d'approbation: _____
Cycle: _____ Niveau: _____ Date d'examen: _____ Approuvé par: _____

REMARQUES IMPORTANTES: Veuillez écrire au stylo en caractères d'imprimerie. **LES TÉLÉCOPIES ou PHOTOCOPIES de ce formulaire ne seront pas acceptées.** Fournir sciemment des renseignements erronés constitue un délit. Remarque: La subvention est une contribution à l'achat de produits et peut ne pas couvrir l'intégralité des frais.

SECTION 1

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

Date de naissance (aaaa/mm/jj): _____ Sexe: Garçon Fille

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Numéro de téléphone: (_____) _____ Autre numéro (travail/cellulaire): (_____) _____

Courriel: _____

Numéro de carte-santé: _____ Code de version: _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'une Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEEHG)? oui non

Un autre de vos enfants est-il inscrit au Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence? oui non

Si oui, veuillez énumérer leur(s) nom(s): _____

Un interprète est requis? oui non

Renseignements relatifs au paiement – Le paiement doit être versé à: *Nom du ou des parent(s)/tuteur(s) légal(aux)* faisant office de bénéficiaire(s).* Si les deux parents ont été désignés comme bénéficiaires, ils doivent signer le formulaire de demande tous les deux. Pour des raisons de confidentialité, les renseignements ne seront transmis qu'au(x) bénéficiaire(s) dont le nom figure sur la demande.

Nom du bénéficiaire n° 1: _____ Lien de parenté avec l'enfant: _____

Nom du bénéficiaire n° 2: _____ Lien de parenté avec l'enfant: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Signature du bénéficiaire n° 1: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____

Signature du bénéficiaire n° 2: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____

***Tuteurs légaux:** Si un enfant est une pupille de la Couronne ou qu'il a été placé dans un foyer de groupe, ou s'il y a un changement au niveau de 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) entraînera un délai dans le traitement de la demande.

Documents juridiques ci-joints: oui non

➤ Je certifie/Nous certifions que je/nous ou mon/notre 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) ou dans un établissement inscrit à l'Annexe II du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

➤ Je certifie/Nous certifions que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont, à ma/notre connaissance, vrais, exacts et complets. J'autorise/nous autorisons la publication de renseignements récoltés aux termes des articles 4, 10, 11, 17, 29 et 45 de la *Loi sur l'assurance-santé LRO 1990, Chapitre H.6* pour vérifier que je suis/nous sommes admissible(s) à une couverture santé.

➤ Je comprends/nous comprenons que Easter Seals Ontario est susceptible de vérifier les renseignements qui figurent sur ce formulaire.

➤ ***J'ai/Nous avons lu l'intégralité des lignes directrices relatives à la présentation des demandes et je comprends/nous comprenons qu'il m'appartient/nous appartient de conserver tous les reçus d'achat de produits d'incontinence, car je devrai/nous devons participer à des opérations de vérification au cours de notre inscription au programme.**

***Parent(s)/tuteur(s) légal(aux), veuillez apposer vos initiales:** _____/_____

Signature du parent/tuteur légal n° 1: _____ **Date (aaaa/mm/jj):** _____

Signature du parent/tuteur légal n° 2: _____ **Date (aaaa/mm/jj):** _____

Veuillez passer le formulaire en revue avant de l'envoyer afin de vous assurer qu'il est complet. **Remarque: la subvention est octroyée dès que la demande est approuvée; le programme n'est pas en mesure d'effectuer des paiements rétroactifs.** Si des renseignements manquent, la demande vous sera renvoyée afin que vous remplissiez le formulaire, ce qui entraînera un délai dans le traitement de la demande. **Remarque:** Cette subvention ne pourra être renouvelée que si Easter Seals Ontario continue à gérer le Programme de subvention à l'achat de produits d'incontinence et si Sa Majesté la Reine du chef de la Province de l'Ontario continue à subventionner Easter Seals Ontario.

SECTION 2

Votre médecin ou infirmière praticienne doit remplir cette section. (S'il manque des renseignements, le formulaire sera renvoyé au parent/tuteur légal).

Remarque: Les requérants doivent avoir un **handicap chronique** entraînant une incontinence irréversible ou des problèmes de rétention durant plus de six mois. Les enfants et les jeunes souffrant d'**incontinence urinaire nocturne (énurésie nocturne)** ou d'**incontinence de stress** ne sont **pas admissibles** à une subvention (voir la question n° 17 des lignes directrices ci-jointes). Veuillez joindre à ce formulaire les notes de votre médecin sur le diagnostic de votre enfant relatif à son incontinence.

Handicap chronique: _____

Diagnostic secondaire: _____

Intervention chirurgicale et date (le cas échéant): _____

Vessie: (remplir tous les champs)

Incontinent:

Totalement (aucun contrôle) Fréquemment (contrôle partiel) Rarement (perte de contrôle occasionnelle)

Incontinent: Le jour et la nuit La nuit seulement

Le requérant a-t-il des habitudes d'élimination? Oui Non

Le requérant parvient-il à contrôler sa vessie? Oui Non Inconnu

Intestin: (remplir tous les champs)

Incontinent:

Totalement (aucun contrôle) Fréquemment (contrôle partiel) Rarement (perte de contrôle occasionnelle)

Incontinent: Le jour et la nuit La nuit seulement

Le requérant a-t-il des habitudes d'élimination? Oui Non

Le requérant parvient-il à contrôler sa intestin? Oui Non Inconnu

Cocher la case correspondant à la subvention accordée (de niveau A OU B) et indiquer le type de fourniture:

Les requérants sont admissibles **soit** à une subvention de niveau A **soit** à une subvention de niveau B.

Subvention de niveau A (400 \$/an)

↘ **Type de fourniture:**

↘ Couches (3-5 ans)

↘ Cathéters intermittents/sondes de Foley

↘ Couches-culottes/doublures en tissu réutilisables

Subvention de niveau B (900 \$/an)

↘ **Type de fourniture:**

↘ Couches (6-18 ans)

↘ Cathéters externes pour homme

Les personnes peuvent aussi être admissibles à une subvention supplémentaire si elles ont besoin de produits additionnels dans le cadre d'une routine intestinale. Veuillez indiquer ci-après si le requérant a besoin ou non de ces produits.

Subvention de niveau C (200 \$/an)

↘ **Gestion intestinale :** (3-18 ans) (comprend les tubulures et les suppositoires à la glycérine). Cette subvention **NE COUVRE PAS** les lavements de type « Fleet » et les médicaments (comme les laxatifs émoulinants, les laxatifs, etc.)

Oui

Non

Veuillez indiquer les produits, ainsi que les quantités utilisées et leur fréquence d'utilisation :

Je certifie que l'enfant ou le jeune susmentionné a continuellement besoin à titre personnel de produits d'incontinence.

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

N° de certificat du collège du médecin (OMCO): _____ ou N° de vérification de l'IP: _____

Adresse: _____ Numéro de téléphone: (_____) _____

Signature: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____



Aider les jeunes
handicapés physiques
à réussir

PROGRAMME DE SUBVENTION À L'ACHAT DE PRODUITS D'INCONTINENCE

Virement automatique

Section 3

Si vous souhaitez recevoir la subvention sous la forme d'un virement automatique, veuillez indiquer ci-après vos renseignements bancaires:

Nom du détenteur du compte: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

N° de téléphone: (_____) _____ Autre numéro (travail/cellulaire): (_____) _____

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 ».

ATTACHER UN CHÈQUE ANNULÉ ICI

Si vous n'êtes pas en mesure d'attacher un chèque annulé, veuillez fournir les renseignements suivants (En cas de renseignements erronés, votre chèque pourrait être déposé dans un autre compte):

Numéro transitaire (5 chiffres): _____ Numéro de succursale bancaire (3 chiffres): _____

Numéro 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 directement dans le compte dont les coordonnées figurent ci-dessus. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce qu'un avis écrit mettant fin au virement direct soit transmis.

Signature : _____ Date de l'autorisation (aaaa/mm/jj) : _____

**Veuillez renvoyer le formulaire au coordonnateur
du programme à l'adresse suivante :**

**Easter Seals Ontario, I.G. Program
One Concord Gate, Bureau 700
Toronto (Ontario) M3C 3N6**

**Pour toute demande, veuillez
communiquer avec nous en composant le :**

**416 421-8377, poste 314
Ou, sans frais, le 1 800 668-6252, poste 314
www.easterseals.org**