

## Demande de niveau B au titre du Programme de subvention à l'achat de fournitures d'incontinence (Incontinence Supplies Grant Program)

**USAGE INTERNE SEULEMENT**

Date received: \_\_\_\_\_ Date processed: \_\_\_\_\_ Date approved: \_\_\_\_\_  
 Cycle: \_\_\_\_\_ Level: \_\_\_\_\_ Review Date: \_\_\_\_\_ Approved by: \_\_\_\_\_

**REMARQUES IMPORTANTES :**

- Le présent formulaire de demande s'adresse aux clients qui participent déjà activement au programme et qui souhaitent faire une demande d'augmentation de la subvention au niveau B. La demande doit être accompagnée de reçus récents pour une période d'au moins 4 mois.
- Veuillez écrire clairement. Les demandes qui ne sont pas claires ou incomplètes seront renvoyées à l'expéditeur.
- Le traitement des demandes prend de 4 à 6 semaines.
- Les reçus peuvent être envoyés par la poste (les reçus originaux sont retournés sur demande; les reçus non retournés sont détruits)
- Les reçus peuvent aussi être envoyés par courriel ou par télécopieur (les reçus doivent être complets, lisibles et comprenant la date d'achat; les reçus altérés/pliés ne sont pas acceptés)
- Si vous êtes un nouveau client ou si votre famille était inscrite auparavant mais qu'elle ne reçoit plus la subvention, vous devez présenter une nouvelle demande.
- Fournir sciemment des renseignements erronés sur ce formulaire de demande constitue un délit.

**SECTION 1**

N° de subvention à l'achat de produits d'incontinence : \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ Le sexe: \_\_\_\_\_

N° de carte Santé de l'enfant : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_

**Veuillez remplir cette section pour que nous ayons des renseignements à jour au dossier :**

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

Courriel : \_\_\_\_\_

**Renseignements sur le paiement**

Une fois la demande approuvée, les paiements vous seront versés suivant le cycle prévu, soit par la poste, soit par dépôt direct. Si vous souhaitez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez communiquer avec le comptable du programme pour obtenir le formulaire pertinent.

**Important : Tous les premiers bénéficiaires doivent signer la présente demande.** Pour tout changement concernant un bénéficiaire, vous devez communiquer avec le coordonnateur du programme et remplir le formulaire de changement de bénéficiaire. Pour des raisons de confidentialité, les renseignements ne seront transmis qu'aux bénéficiaires dont le nom figure sur le formulaire.

**USAGE INTERNE SEULEMENT**

Jan : \_\_\_\_\_ Feb : \_\_\_\_\_ Mar : \_\_\_\_\_ Apr : \_\_\_\_\_  
 May : \_\_\_\_\_ June : \_\_\_\_\_ July : \_\_\_\_\_ Aug : \_\_\_\_\_  
 Sept : \_\_\_\_\_ Oct : \_\_\_\_\_ Nov : \_\_\_\_\_ Dec : \_\_\_\_\_

## SECTION 2

Veillez indiquer le type de produit :

Niveau de subvention B (900 \$/an) → Type de produit :

- Couches, couches-culottes, sous-vêtements, sous-vêtements de natation (de 6 à 18 ans)  
 Cathéters/sacs de collecte

<b><u>Vessie</u> (remplissez tous les champs) :</b>			
Incontinence :	<input type="checkbox"/> Totale ( <b>aucun</b> contrôle)	<input type="checkbox"/> Fréquente (contrôle <b>partiel</b> )	<input type="checkbox"/> Rare (perte de contrôle <b>occasionnelle</b> )
Incontinence pendant :	<input type="checkbox"/> Le jour et la nuit	<input type="checkbox"/> La nuit seulement	
L'enfant a-t-il des habitudes d'élimination?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'enfant parvient-il à contrôler sa vessie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<b><u>Intestin</u> (remplissez tous les champs) :</b>			
Incontinence :	<input type="checkbox"/> Totale ( <b>aucun</b> contrôle)	<input type="checkbox"/> Fréquente (contrôle <b>partiel</b> )	<input type="checkbox"/> Rare (perte de contrôle <b>occasionnelle</b> )
Incontinence pendant :	<input type="checkbox"/> Le jour et la nuit	<input type="checkbox"/> La nuit seulement	
L'enfant a-t-il des habitudes d'élimination?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'enfant parvient-il à contrôler son intestin?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu

**Détails concernant les fournitures d'incontinence nécessaires chaque mois (couches, couches-culottes, cathéters)**

Produits utilisés : \_\_\_\_\_

Quantité utilisée : \_\_\_\_\_ par jour/\_\_\_\_\_ par nuit

Coût par emballage : \_\_\_\_\_

Coût mensuel estimatif : \_\_\_\_\_

Je joins à ma demande des reçus récents pour une période de 4 mois. Les demandes qui sont présentées sans reçus récents pour une période de 4 mois ne seront pas traitées. Veillez apposer vos initiales : \_\_\_\_\_

- Si vous n'avez pas conservé ou avez égaré vos reçus, gardez vos reçus pendant les 4 prochains mois et présentez-les après cette période.
- Les reçus originaux pourront vous être renvoyés sur demande. Les reçus non renvoyés seront détruits après que la demande sera vérifiée. Les reçus envoyés par courriel ou par télécopieur doivent être lisibles et montrer le reçu au complet. Les reçus falsifiés ou pliés ne sont pas acceptables.
- **La subvention NE COUVRE PAS les gants, les lingettes, les crèmes, les ordonnances (y compris les lavements), les vêtements et le linge de lit, le détergent à lessive et les serviettes hygiéniques pour les menstruations.**

Parent/tuteur légal n° 1 :

Nom (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date (aa-mm-jj) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Parent/tuteur légal n° 2 :

Nom (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date (aa-mm-jj) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Remarque : Le paiement de la subvention commence après que la demande est approuvée. Aucun paiement rétroactif ne peut être fait dans le cadre du programme.** Veillez relire le formulaire avant de l'envoyer pour vérifier que tous les renseignements demandés sont fournis. S'il manque des renseignements, le formulaire vous sera renvoyé, ce qui retardera le traitement de la demande.

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et vos reçus au coordonnateur du programme.**

Poste : Timbre de Pâques Ontario, I.G. Program, 700-1 Concorde Gate, Toronto (Ontario) M3C 3N6

Télécopieur : 416 696-1035

Courriel : [igprogramcoordinator@easterseals.org](mailto:igprogramcoordinator@easterseals.org)