



Helping Kids with  
Physical Disabilities  
Succeed

## FORMULAIRE DE DEMANDE - TOP UP FUNDING PROGRAM

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DES FAMILLES :

- Veuillez réviser ATTENTIVEMENT votre formulaire avant de l'envoyer. S'il est incomplet, il vous sera retourné, ce qui retardera le traitement de votre demande.
- L'original complété du formulaire de demande doit être envoyé à l'Agence Easter Seals de l'Ontario. Les photocopies et les formulaires envoyés par télécopieur ne seront pas acceptés.
- Veuillez prévoir un délai de 12 semaines pour le traitement de votre demande.
- Les formulaires de demande dûment remplis doivent être soumis au plus tard le **7th décembre 2018**. Faites parvenir votre formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Top Up Funding Program  
L'Agence Easter Seals l'Ontario  
Un, Concorde Gate, bureau 700  
Toronto, ON M3C 3N6**

Si vous avez des questions au sujet du Top Up Funding Program de l'Agence Easter Seals, veuillez communiquer avec la coordonnatrice du programme au 416 421-8778, poste 324, ou, sans frais, au 1 800 668-6252, poste 324.

### SECTION A (REPLIE ET SIGNÉE PAR LA MÈRE, LE PÈRE, LA TUTRICE OU LE TUTEUR. ÉCRIRE LISIBLEMENT.)

Nom de la mère, du père,  
de la tutrice ou du tuteur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'enfant admissible :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numéro de carte Santé de l'enfant :

Code de version : \_\_\_\_\_

Adresse postale :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone :

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code régional

Numéro

Email : \_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je, \_\_\_\_\_ (Mère, père, tutrice ou tuteur) consens à la communication d'information, de dossiers ou de documents entre les représentants autorisés de la Société du timbre de Pâques de l'Ontario et du **ministère des Services sociaux et communautaires ou du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse** aux fins de vérifier si mon enfant est ou demeure admissible aux programmes suivants :

- Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG), administré par le ministère des Services sociaux et communautaires et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse**
- Top Up Funding Program de l'Incontinence Supplies Grant Program, administré par l'Agence Easter Seals de l'Ontario.

Signature de la mère, du père, de la tutrice ou du tuteur

Signature du témoin (personne âgée de plus de 16 ans)

Date : (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ce consentement est valide jusqu'au 31 mars 2019 à moins d'être révoqué par écrit avant cette date.

### SECTION B (REPLIE ET SIGNÉE PAR L'AGENTE OU L'AGENT DES ENTENTES PARTICULIÈRES du ministère des Services sociaux et communautaires /ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Est-ce que la mère, le père, la tutrice ou le tuteur reçoit d'autres prestations provinciales, par exemple celles du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées? Oui  (Si oui, l'enfant n'est pas admissible à ce financement et la forme n'a pas besoin d'être soumis) Non

L'enfant reçoit-il l'Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG)? Oui  Non

Si oui, veuillez inscrire le numéro d'identification de membre d'AEHG : \_\_\_\_\_

Date de début (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ OU Permanent

Rempli par (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Date : (MM/JJ/AA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Instructions pour l'agente ou l'agent des ententes particulières :** Veuillez renvoyer ce formulaire à la famille qui fait la demande pour qu'elle puisse le faire parvenir à l'Agence Easter Seals.

### NE RIEN ÉCRIRE DANS CETTE SECTION - À L'USAGE DE LA SOCIÉTÉ DU TIMBRE DE PÂQUES

Inadmissible :

AEHG

POSPH/OT

Dates ne concordent pas

Admissible :

Région : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_

Paiement : \_\_\_\_\_

N° d'id. du fournisseur : \_\_\_\_\_

Total : \_\_\_\_\_

Initiales de l'employé(e) : \_\_\_\_\_