

Veuillez écrire en **lettres moulées** :

 N° de dossier du soutien du revenu (*réservé au bureau*)

 M. M^{me}

N° de bénéficiaire du soutien de l'emploi

Nom de famille

Prénom

 Date de
naissance

Jour

Mois

Année

 Vérifié (*réservé au bureau*)

 Oui

 Non

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone / ATS (domicile)

()

Téléphone (travail)

()

poste

Adresse courriel (facultatif)

Avez-vous l'autorisation légale de travailler au Canada?

 Oui Non

 Vérifié (*réservé au bureau*)

 Oui

 Non

Veuillez cocher la case appropriée :

 Je cherche du travail

 Je fais du bénévolat

 Je travaille à temps partiel/temps plein

 Je suis un programme de formation

 J'ai reçu une offre d'emploi

 Je fréquente l'école

 Je travaille à mon compte

Pourquoi faites-vous une demande de soutien de l'emploi du POSPH?

 Je veux obtenir un emploi

 J'ai besoin d'aide pour conserver mon emploi / mon entreprise

 Je veux travailler à mon compte

Si vous travaillez déjà, pour quelle raison demandez-vous du soutien de l'emploi du POSPH?

 Pour résoudre un problème que j'ai au travail

 Pour obtenir de l'avancement dans mon emploi actuel

 Je dois changer d'emploi à cause de mon handicap

 J'ai besoin d'aide pour exploiter mon entreprise

 Autre; veuillez préciser _____

Recevez-vous ou avez-vous reçu des prestations ou des services de l'un ou l'autre des programmes suivants? Veuillez cocher toutes les cases appropriées :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soutien de l'emploi du POSPH _____ (année) | <input type="checkbox"/> Soutien du revenu du POSPH _____ (année) |
| <input type="checkbox"/> Ontario au travail _____ (année) | <input type="checkbox"/> Sécurité professionnelle et assurance contre les accidents du travail _____ (année) |
| <input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada _____ (année) | <input type="checkbox"/> Assurance-emploi _____ (année) |
| <input type="checkbox"/> Assurance accident, maladie ou invalidité _____ (année) | <input type="checkbox"/> Régime d'aide financière aux étudiantes et étudiants de l'Ontario (RAFÉO) _____ (année) |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ | _____ (année) |

Veuillez décrire votre handicap (*Vous pouvez cocher plus d'une case*) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handicap physique ou moteur | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Trouble mental / psychique | <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Cécité / trouble de la vue | <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien / trouble cognitif |
| <input type="checkbox"/> Surdité / perte auditive | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Veuillez donner des précisions sur votre handicap. Si l'espace ne suffit pas, vous pouvez joindre une page supplémentaire.

En quoi votre handicap entrave-t-il votre capacité d'obtenir ou de conserver un emploi?

Votre handicap résulte-t-il d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle? Oui Non s. o.

Votre handicap résulte-t-il d'un accident d'automobile survenu après le 21 juin 1990? Oui Non s. o.

Avez-vous déjà intenté des poursuites relativement à votre handicap? Oui Non s. o.

Participez-vous à un programme de réadaptation pour alcooliques ou toxicomanes (autre que les programmes AA ou NA)? Oui Non s. o.

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des quatre questions ci-dessus, veuillez préciser :

Veuillez cocher les cases appropriées ci-dessous :

Je suis bénéficiaire du soutien du revenu du POSPH à titre de personne handicapée :
Numéro de dossier (si vous le connaissez) _____

Je suis inscrit(e) à titre de personne aveugle au sens de la loi auprès de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) :
Numéro d'inscription _____

Si vous avez coché l'une ou l'autre des cases ci-dessus, vous n'avez pas à remplir le formulaire « Confirmation de l'invalidité / de la déficience » ci-joint.

Je fréquente ou j'ai fréquenté une école ou un programme de formation pour personnes handicapées. (Veuillez joindre un relevé de notes ou un autre document confirmant votre participation).

J'ai obtenu auprès d'un(e) professionnel(le) de la santé un document qui décrit mon handicap (par exemple un formulaire médical pour une demande de permis de stationnement accessible ou un rapport de psychologue confirmant un trouble mental).

Si vous avez coché l'une ou l'autre des cases ci-dessus, vous pourriez ne pas avoir à remplir le formulaire « Confirmation de l'invalidité / de la déficience » ci-joint. Veuillez communiquer avec votre bureau du POSPH pour en savoir plus.

Pour vous entretenir avec un membre du personnel du soutien de l'emploi, auriez-vous besoin de services adaptés, par exemple des services d'interprétation gestuelle?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

J'atteste que les renseignements qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature de l'auteur(e) de la demande	Date (aaaa/mm/jj)
--	-------------------

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)

Les renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, L.O., chap. 25, Annexe B, articles 32 et 33, dans le but de fournir des services de soutien de l'emploi aux personnes handicapées pour les aider à obtenir et à conserver un emploi. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

_____ au () _____ à votre bureau local
du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Réservé au bureau	<input type="checkbox"/> Admissibilité vérifiée <input type="checkbox"/> Non admissible	Signature du/de la fonctionnaire du ministère	Date (aaaa/mm/jj)
--------------------------	--	---	-------------------

**Consentement à la divulgation
et à la vérification de
renseignements**

Je, _____ *, consens à la
(nom de l'auteur(e) de la demande, en caractères d'imprimerie)

communication de renseignements entre le ministère des Services sociaux et communautaires et

- le gouvernement du Canada,
- le gouvernement d'autres provinces ou territoires,
- le gouvernement de l'Ontario,
- tout organisme, ministère ou service de l'un ou l'autre de ces gouvernements, et
- tout organisme communautaire ou fournisseur de services d'emploi

dans le but de vérifier les renseignements fournis (p.ex. que je ne reçois pas ou ne suis pas admissible à une autre forme d'aide publique ou privée; que je réside en Ontario; que j'ai l'autorisation légale de travailler au Canada), spécifiquement et exclusivement pour déterminer ou vérifier mon admissibilité initiale ou continue au soutien de l'emploi au sens de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*.

Je comprends que ces renseignements peuvent être transmis par téléphone, au cours d'entretiens directs, au moyen de lettres ou de dossiers envoyés par la poste ou par télécopieur, ou par voie électronique.

Je comprends également que les renseignements peuvent être divulgués à une tierce partie dans le but d'établir mon Plan de recherche d'emploi ou de surveiller mes progrès selon les conditions énoncées dans mon entente de participation financière au soutien de l'emploi.

S'il arrivait que je demande un examen d'une décision prise par le ministère au sujet de mon admissibilité initiale ou continue au soutien de l'emploi en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, je reconnais que les renseignements fournis en vertu du présent consentement peuvent être, en totalité ou en partie, divulgués au comité de règlement des différends.

Date

**

Signature du témoin

*

Signature de l'auteur(e) de la demande

Nom du témoin (*en lettre moulées*)

* Lorsque l'auteur(e) de la demande est incapable de fournir son consentement par écrit en raison d'un handicap physique ou mental, le consentement de la ou du fiduciaire ou de la tutrice ou du tuteur dûment nommé ou, à défaut, du plus proche parent (avec l'accord verbal de l'auteur(e) de la demande) suffira.

** Veuillez signer en présence d'un témoin âgé de 18 ans ou plus.