

Renseignements sur le Programme de services particuliers à domicile (PSPD)

Le PSPD vise à répondre aux besoins généraux suivants :

- **Développement et épanouissement personnel** – Programmes de développement individuel offerts pendant une période déterminée et aidant les personnes à atteindre un objectif particulier.

ou

- **Relève et soutien fournis à la famille** – Services de relève ou de soutien fournis à l'aidant naturel et liés aux services de soutien offerts à domicile ou à l'extérieur du domicile familial.

Le PSPD est offert aux enfants et aux adultes ayant une déficience intellectuelle ainsi qu'aux enfants ayant un handicap physique qui résident en Ontario. Le PSPD peut aider les personnes handicapées à vivre à la maison avec leur famille en leur offrant pour une période déterminée de l'aide financière pour acheter des services de soutien et autres qui ne sont pas fournis ailleurs dans leur collectivité.

Le PSPD répond à une grande diversité de besoins. Il est possible que certains des renseignements demandés dans la présente formule ne s'appliquent pas à votre situation. La présente formule n'a pas pour but de remplacer les contacts réguliers entre le personnel du PSPD et les familles. S'il est nécessaire d'obtenir d'autres renseignements, il est possible que l'on communique avec vous.

Processus de présentation d'une demande :

Le ministère a simplifié le processus de présentation d'une demande au PSPD afin qu'il soit plus facile de renouveler une demande. Les personnes doivent remplir une demande complète qui vise une période de trois ans, à moins que leur situation change de façon importante ou qu'elles demandent un montant d'aide financière différent. Au cours de la deuxième et de la troisième année, les personnes remplissent seulement certaines parties de la demande afin de fournir une mise à jour au ministère et de lui permettre de déterminer s'il s'est produit un changement important nécessitant qu'elles remplissent une demande complète.

La personne ou la famille doit remplir une demande complète dans les cas suivants :

- elle présente une demande au PSPD pour la première fois;
- il s'est produit un changement important touchant les soins dont la personne a besoin, la situation familiale ou le réseau de soutien depuis la date de la dernière demande complète au PSPD;
- elle demande une aide financière différente de celle figurant dans la dernière demande complète au PSPD;
- cela fait trois ans qu'elle a présenté une demande complète au PSPD.

La personne ou la famille doit remplir seulement certaines parties de la demande lorsque les conditions suivantes s'appliquent :

- il ne s'est pas produit de changement important touchant les soins dont la personne a besoin, la situation familiale ou le réseau de soutien depuis la date de la dernière demande complète au PSPD;
- elle demande le même montant d'aide financière que celui figurant dans la dernière demande complète au PSPD;
- cela ne fait pas trois ans qu'elle a présenté une demande complète au PSPD.

Au fur et à mesure que vous remplissez la demande, des instructions sont fournies pour vous aider à déterminer les sections que vous devez remplir.

La présente formule sera utilisée en conjonction avec les Lignes directrices sur les services particuliers à domicile. Veuillez vous adresser à votre bureau régional du ministère des Services sociaux et communautaires pour obtenir des précisions à ce sujet.

La présente formule peut être présentée par la personne ayant besoin de soutien ou par le père, la mère, le tuteur ou la tutrice.

La personne ou la famille :

- peut obtenir l'aide d'un organisme communautaire ou de toute autre personne pour remplir la présente formule;
- doit signer la formule remplie pour indiquer que les renseignements sont fidèles et exacts;
- ne doit jamais signer la formule laissée en blanc.

N.B. : Les décisions concernant l'aide financière du PSPD sont prises annuellement. Elles sont fondées sur les besoins de la personne ou de votre famille, les mécanismes de soutien et les services offerts dans la collectivité, les priorités relevées localement et la disponibilité des fonds du PSPD dans votre région du ministère.

Personne ou organisme qui aide à remplir la formule (le cas échéant)

Nom		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()	
Organisme ou organisation (le cas échéant)		Poste	
Adresse : numéro et rue			
Ville/Bureau de poste		Province	Code postal

Enfant ou personne ayant besoin de soutien

Est-ce que la personne auteure de la demande a le droit de vivre au Canada et est résidente de l'Ontario? (Par exemple : citoyen(ne), immigrant(e) ayant obtenu le droit d'établissement, titulaire d'un permis du ministre, réfugié(e) ayant le droit de vivre au Canada.)

Oui
 Non

Date de la
demande au PSPD
JJ | MM | AAAA

Une copie de la documentation à l'appui pourrait être demandée.

Nom	Prénom	Initiale	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance JJ MM AAAA		
Adresse : numéro et rue			Ville/Bureau de poste			
Province	Code postal	N° de téléphone à domicile (y compris l'indicatif régional) ()				

Adresse postale (si elle diffère de l'adresse susmentionnée)

Section 1. Aidant naturel

Nom	Prénom	Initiale	Lien avec l'auteur(e) de la demande		
Adresse (si elle diffère de celle de l'auteur(e) de la demande/de la personne ayant besoin de soutien)			N° de téléphone à domicile (y compris l'indicatif régional) ()		
			N° de téléphone au travail (y compris l'indicatif régional) ()		

Section 2. Demande de services particuliers à domicile

Avez-vous déjà demandé des services particuliers à domicile?

- Non Veuillez remplir les sections 4 à 9 de la demande (pages 3 à 7) et retourner la demande remplie au bureau régional du ministère. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.
- Oui Est-ce que cela fait trois ans que vous avez rempli une demande complète?
- Non Non Veuillez remplir la section 3 ci-dessous pour déterminer si vous devez remplir une demande complète.
- Oui Veuillez remplir les sections 4 à 9 de la demande (pages 3 à 7) et retourner la demande remplie au bureau régional du ministère. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.

Section 3. Mise à jour concernant la personne et la famille

- a) La dernière demande a été présentée au PSPD pour :
- Développement et épanouissement personnel et/ou Relève pour la famille
- b) L'an dernier, l'aide financière du PSPD approuvée était de : _____ \$
- pour la période allant du _____ au _____
- c) Je/Nous présente/présentons une demande pour recevoir le même montant d'aide financière cette année :
- Non Veuillez remplir les sections 4 à 9 de la demande (pages 3 à 7) et retourner la demande remplie au bureau régional du ministère. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.
- Oui Veuillez remplir le reste de cette section.
- d) Depuis que votre dernière demande au PSPD a été approuvée, s'est-il produit un changement *important* dans la quantité d'aide nécessaire dans les domaines suivants :
- | | Non | Oui |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) Développement personnel (<i>communication, aptitudes sociales, activités communautaires, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) Surveillance à domicile, dans la collectivité ou ailleurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii) Comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv) Soins personnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v) Soins de santé ou soins médicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi) Situation familiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vii) Réseau de soutien informel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| viii) Autres mécanismes de soutien parrainés par des organismes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix) Services payés de relève et de soutien pour la famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x) Aide financière pour la personne ayant besoin de soutien
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ou
Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez coché « non » pour tous les domaines de la section 3 d) ci-dessus, veuillez remplir et signer la page 7 de la demande et retourner la demande au bureau régional du ministère. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.

Si vous avez coché « oui » pour l'un des domaines de la section 3 d) ci-dessus, vous devez remplir les sections 4 à 9 (pages 3 à 7) de la demande. Veuillez retourner la demande remplie au bureau régional du ministère. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.

Instructions pour remplir les sections 4 à 9 :

- Veuillez remplir toutes les sections de la formule.
- Ces sections sont considérées comme un tout et ne sont pas présentées par ordre de priorité.
- Si une section ne s'applique pas à votre situation, veuillez y inscrire « s.o. » ou la rayer.
- Plus les renseignements fournis sont complets, mieux on sera en mesure d'évaluer votre demande de soutien.
- La présente formule sert à recueillir des renseignements liés aux sept facteurs dont on tient compte pour prendre une décision dans le cadre du PSPD. Elle permet à la personne ou à la famille de préciser ses besoins et de présenter une demande.
- Les renseignements recueillis sont confidentiels et utilisés pour vous fournir des services et du soutien dans le cadre du PSPD.

Pièces justificatives pour la détermination de l'admissibilité au PSPD

Pour pouvoir déterminer l'admissibilité, le handicap de la personne auteure de la demande doit être étayé par un document établi par un médecin ou un psychologue. Veuillez consulter les lignes directrices du PSPD pour des précisions à ce sujet.

- Le document (cochez une des cases)
 se trouve ci-joint a déjà été envoyé (aucun changement) sera envoyé sous pli séparé
- Si la présente est un renouvellement d'une demande au PSPD et que vous demandez de l'aide financière pour le développement et l'épanouissement personnel, vous devez fournir un relevé des progrès avant que votre demande puisse être examinée. Veuillez remplir la formule *Relevé des progrès* (3001, 09/2003).

Le relevé des progrès rempli (cochez une des cases)

- se trouve ci-joint sera envoyé sous pli séparé

Section 4. Demande de services

Veuillez cocher (✓) le ou les services demandés.

- Développement et épanouissement personnel :**
Programmes de développement individuel qui font l'objet d'une révision régulière et aident la personne à atteindre un objectif particulier.
- Relève et soutien fournis à la famille**
Services de relève ou de soutien destinés à l'aidant naturel.

Certains services et mécanismes de soutien ne sont pas couverts par le PSPD, notamment : soins essentiels (coûts de la nourriture, des vêtements, des couches, des services de garde d'enfants, des soins dentaires et médicaux), frais de garde d'enfants, frais de base pour des camps ou des loisirs, activités éducatives normalement fournies par le ministère de l'Éducation et droits de scolarité pour l'éducation des adultes, programmes d'emploi habituellement offerts par le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, appareils et accessoires fonctionnels, honoraires professionnels. (Veuillez consulter les lignes directrices du PSPD pour obtenir la liste complète des services non financés et des explications.)

- A) Si votre demande vise le développement et l'épanouissement personnel, veuillez énumérer les objectifs que vous désirez atteindre. Si votre demande vise un élément spécialisé du programme (p. ex. apprentissage du langage gestuel ou réduction des risques d'automutilation), veuillez fournir une copie du plan de programme.

1.

2.

3.

4.

5.

- B) Combien d'heures de services désirez-vous obtenir? Veuillez répondre en fonction de la manière dont vous avez l'intention d'utiliser ces heures. Par exemple, vous pouvez demander un certain nombre d'heures régulier par semaine ou un groupe d'heures dans lequel vous puiserez au besoin.

Heures de service (ex. : heures/semaine, heures/mois, heures/année)	Coût : <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> quotidien <input type="checkbox"/> hebdomadaire	
Durée (ex. : 12 mois, 6 mois, 10 semaines pendant l'été)	Frais supplémentaires connexes (précisez)	
Date de début prévue (aaaa/mm/jj)		Total \$0.00

Au besoin, donnez ici des précisions sur l'estimation des coûts :

- C) Qui recevra et administrera l'aide financière? (p. ex. parent ou organisme)

Veuillez fournir l'adresse postale de l'organisme si celle-ci ne figure pas ailleurs dans la présente formule.

Section 5. Description des points forts et des centres d'intérêt du membre de votre famille et du soutien que vous fournissez.

La décision concernant le PSPD tient compte de ce qui suit : a) comment du soutien supplémentaire accroîtra le développement et l'épanouissement personnel en complétant les points forts et les centres d'intérêt d'une personne; b) la quantité de soutien que vous fournissez au membre de votre famille. Le PSPD fournit du soutien pour une large gamme de besoins uniques. Veuillez cocher ou indiquer les éléments qui décrivent la situation du membre de votre famille. Les éléments mentionnés constituent des exemples pour vous aider à remplir la formule. Vous pouvez utiliser ces exemples ou ajouter d'autres éléments s'il y a lieu. Au besoin, veuillez joindre d'autres feuilles pour décrire votre situation particulière.

A. Points forts et centres d'intérêt Pour nous aider à comprendre les capacités du membre de votre famille, veuillez décrire ses points forts et ses centres d'intérêt et ajouter tout autre renseignement que vous jugez important.

B. Soutien pour le développement personnel	Indiquez à quelle fréquence l'aide est fournie en ce domaine					
	Constamment	Toutes les heures	Quotidiennement	Toutes les semaines	Rappels	Jamais
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitudes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités/participation dans la collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur votre situation particulière.)

C. Surveillance	Indiquez la fréquence de la surveillance exercée pour la sécurité.					
	Constamment	Toutes les heures	Quotidiennement	Toutes les semaines	Rappels	Jamais
Dans la collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

D. Comportement	Indiquez les besoins en ce domaine ainsi que la fréquence à laquelle l'aide est fournie.				
	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	De temps à autre
Exemples : - Agression - Crises / Hyperactivité - Automutilation - Destruction de biens - Fuite - Repli sur soi - Comportement qui perturbe la personne ou les autres de façon importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

E. Soins personnels Indiquez les besoins en ce domaine. Indiquez à quelle fréquence l'aide est fournie.

Exemples :
 - S'habiller - S'alimenter
 - Se laver - Se déplacer
 - Aller aux toilettes/se nettoyer
 - Soulever/déplacer des objets liés aux soins personnels

	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	De temps à autre	Rappels seulement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

F. Santé et soins médicaux Indiquez les besoins du membre de votre famille en matière de santé et de soins médicaux ainsi que la fréquence à laquelle l'aide est fournie.

Exemples :
 - Cathétérisme - Gavage
 - Maîtrise des crises - Aspiration, etc.

	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	De temps à autre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

Section 6. Situation familiale

La décision prise dans le cadre du PSPD tient compte des besoins particuliers de votre famille. Vous trouverez ci-dessous des exemples de facteurs particuliers susceptibles d'entraver la capacité de votre famille de fournir du soutien à un fils, à une fille ou à un autre membre de la famille.

Veuillez cocher les facteurs s'appliquant à votre situation.

Facteurs	✓	Observations
Père ou mère, aidants naturels âgés	<input type="checkbox"/>	
D'autres membres de la famille ont besoin de soins	<input type="checkbox"/>	
Le nom du membre de la famille ayant besoin de soutien est sur une liste d'attente pour obtenir d'autres services	<input type="checkbox"/>	
Seulement un des parents peut fournir des soins	<input type="checkbox"/>	
Déplacements fréquents/longs pour obtenir des services et du soutien	<input type="checkbox"/>	
Déplacements fréquents/longs pour les rendez-vous	<input type="checkbox"/>	
Le membre de la famille ayant besoin de soutien a terminé ses études et n'a pas d'activité ou de programme de jour	<input type="checkbox"/>	
Autre (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	

Si vous le désirez, vous pouvez fournir d'autres renseignements qu'il serait selon vous important que nous prenions en considération concernant la situation particulière de votre famille (p. ex. santé de l'aidant naturel, changements dans la situation familiale, nombre d'enfants dans la famille, etc.).

Section 7. Réseaux de soutien

La décision prise dans le cadre du PSPD tient compte du soutien informel accessible à la personne ayant besoin de soutien et à la famille. Nombre de familles peuvent compter sur l'aide d'autres personnes, notamment de membres de la famille, de bénévoles, de personnes du voisinage, d'amis, etc. Toutefois, on reconnaît que ce genre de soutien peut varier. Sur quel genre de soutien pouvez-vous compter et dans quelle mesure?

Section 8. Soutien et services payés

La décision prise dans le cadre du PSPD tient compte du soutien et des services actuellement accessibles et appropriés. Le PSPD n'offre pas de services déjà fournis dans la collectivité, et l'on s'attend à ce que les familles aient recours aux services communautaires offerts avant de faire appel au PSPD. Quelles sont les autres sources de financement ou de services auxquelles vous avez eu recours ou avez envisagé de faire appel pour répondre aux besoins du membre de votre famille ayant besoin de soutien?

A.	Services de soutien communautaires	Journée complète (35-40 h/sem.)	Plus qu'une demi-journée (21-34 h/sem.)	Demi-journée (17-20 h/sem.)	Moins qu'une demi-journée (moins de 17 h/sem.)	Demande présentée		Liste d'attente	Reçus par le passé
						Oui	Non		
	Garde d'enfants (formelle ou informelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pouponnière / prématernelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	École	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Programme de jour destiné aux adultes (p. ex. l'Initiative Passeport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soutien de l'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Services de soutien (p. ex. développement du nourrisson, amélioration du comportement, services d'appui à la santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coordination des services/gestion de cas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre (p. ex. programme de soir, programme récréatif municipal) (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations

B	Relève et soutien fournis à la famille	Demande présentée		Oui Nom de l'organisme :	Combien d'heures par semaine?	Non (ne reçoit pas les services actuellement)	Reçus par le passé
		Oui	Non				
	Soins de relève fournis aux parents - au domicile et à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Préposé(e) aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soins infirmiers de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre (p. ex. assurance collective) – précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations

C. Autre aide financière

Il est important que vous receviez (ou que le membre de votre famille reçoive) l'aide financière à laquelle vous avez droit. Est-ce que vous recevez (ou est-ce que le membre de votre famille reçoit) l'aide financière suivante depuis la date de votre dernière demande complète au PSPD? (Cochez toutes les cases applicables.)

Type d'aide financière	Reçue par le passé		Demande présentée		
	Oui	Non	Oui	Non	
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) (anciennement PF, pour les personnes de 18 ans et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) (anciennement PEH, pour les enfants de moins de 18 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non admissible, indiquez pourquoi :

Vous pouvez fournir de la documentation supplémentaire comme d'autres rapports de professionnels ou une copie de votre **Entente de soutien personnalisé (ESP)** si vous croyez que cela aidera à appuyer votre demande.

Section 9. Signatures**Renseignements supplémentaires :**

Il arrive souvent que des renseignements supplémentaires soient nécessaires avant qu'une demande puisse être examinée. Si vous ne désirez pas consentir maintenant à la divulgation de tels renseignements, veuillez rayer la partie ci-dessous, puis signer simplement la demande.

Consentement à la divulgation de renseignements

J'autorise le ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance à obtenir des renseignements supplémentaires concernant ma demande auprès des organismes ou personnes dont le nom figure ci-dessous (p. ex. organisme ou personne ayant fourni de l'aide, fournisseur de services, médecin, psychologue, personnel d'un organisme, etc.).

Nom	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()
Nom	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()
Nom	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()

Demande

Par la présente, je demande des services et déclare que les énoncés ci-dessus sont à ma connaissance exacts.

Signature de la personne auteure de la demande	Date (aaaa/mm/jj)
Et/ou signature du père ou de la mère (si la personne a moins de 16 ans) ou du tuteur	Date (aaaa/mm/jj)

Avis du droit de demander une révision des décisions

On vous informera par écrit de la décision prise par le ministère. Si la demande n'a pas été approuvée selon ce que vous avez demandé, et que vous croyez que vous n'avez pas été traité équitablement en fonction des lignes directrices du PSPD, vous pouvez demander la révision de la décision. Pour demander une révision, envoyez une lettre au directeur ou à l'administrateur régional dans les 20 jours suivant la date à laquelle vous avez été informé de la décision.

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

Ces renseignements sont recueillis aux termes de l'autorisation légale prévue dans la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O. de 1990, chap. C.11, et la *Loi sur les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, L.R.O. de 1990, chap. D.11, et seront utilisés afin de vous fournir des services et du soutien dans le cadre du Programme de services particuliers à domicile.

Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec la personne suivante :

Nom de la personne avec qui communiquer au bureau régional	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()
Adresse	

Réservé au bureau régional

Recommandée par	Date	Approuvée par	Date
-----------------	------	---------------	------