

Demande de réduction pour un hébergement avec services de base dans un foyer de soins de longue durée Résident ou résidente qui reçoit un Avis de cotisation

Conformément à l'article 187 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, le directeur peut, directement ou indirectement, recueillir les renseignements personnels fournis dans cette demande pour déterminer le montant réduit que doit payer le résident ou la résidente pour un hébergement avec services de base conformément à l'article 303 du Règlement de l'Ontario 246/22 établi en vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Conformément au paragraphe 303(4) du Règlement de l'Ontario 246/22, le titulaire de permis doit soumettre cette demande et en conserver un exemplaire.

En vertu du paragraphe 299 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, le directeur a déterminé qu'il ne doit pas être tenu compte, lors du calcul du revenu annuel, des prestations de revenu et des versements uniques 2020 pour la COVID-19 reçus par le résident en 2021, pour les cycles de diminution des taux de 2021-2022 et 2022-2023 : (1) supplément de revenu de la COVID-19 du Régime de revenu annuel garanti; (2) Sécurité de la vieillesse et/ou paiement unique de Supplément de revenu garanti; (3) versement unique du crédit pour la TPS/TVH; et (4) Paiement unique aux personnes en situation de handicap. Veuillez exclure uniquement (1) le supplément de revenu de la COVID-19 du Régime de revenu annuel net garanti tel qu'énoncé en vertu de la partie B. Les paiements uniques (2), (3) et (4) ont été exclus de l'Avis de cotisation et **n'ont pas** à être déclarés sur le présent formulaire. Veuillez consulter la lettre de détermination du directeur pour plus de précisions.

Renseignements sur le résident ou la résidente

Nom de famille	Prénom	Second prénom
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Foyer de soins de longue durée	

Mandataire du résident ou de la résidente (le cas échéant)

Un représentant légal d'un résident comprend 1) un procureur autorisé par procuration en vertu de la *Loi sur les procurations* si le résident ou la résidente est en possession de ses moyens, 2) un procureur autorisé par procuration perpétuelle en vertu de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* et 3) un tuteur aux biens en vertu de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

Nom du mandataire

Nom de famille	Prénom	Second prénom
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	<input type="checkbox"/> Le Bureau du Tuteur et curateur public (BTCP) est le tuteur aux biens en vertu de la <i>Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui</i> . Numéro du dossier du BTCP _____	

Partie A. Renseignements généraux – veuillez cocher la (les) case(s) appropriée(s)

Remarque à l'intention des résidents âgés de moins de 65 ans et (ou) des résidents âgés de 65 ans et plus qui ne sont pas admissibles à la PSV : Si votre revenu annuel est inférieur à 13 992 \$, veuillez vous assurer de présenter une demande au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) du ministère des services à l'enfance et des services sociaux et communautaires (MSESC) avant de présenter une demande de réduction pour un hébergement avec services de base dans un foyer de soins de longue durée.

1. Avez-vous 65 ans ou plus? Oui Non
2. Êtes-vous admissible à la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV) ou recevez-vous celle-ci, en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse (Canada)? Si « oui », veuillez répondre aux questions suivantes : Oui Non
3. Avez-vous un(e) conjoint(e)? Si la réponse est Non, veuillez passer à la question 3d. Oui Non
 - a. Votre conjoint(e) a-t-il(elle) 65 ans ou plus et peut-il(elle) recevoir ou être admissible à recevoir la PSV? Si la réponse est Non, veuillez passer à la Partie B. Oui Non
 - b. Habitez-vous avec ce(tte) conjoint(e) dans la même chambre du foyer de soins de longue durée (FSLD)? Oui Non
 - c. Avez-vous fait une demande de séparation involontaire? Oui Non
 « Séparation involontaire » est une expression utilisée uniquement pour indiquer que, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, des couples mariés sont tenus de vivre séparés. Cette situation n'a pas d'incidence sur leur état matrimonial. **Veuillez noter que si votre demande de séparation involontaire a été approuvée et que vos prestations ne sont pas encore rajustées, vous devez faire une nouvelle demande dès que vous recevez un avis de Service Canada vous indiquant que vos prestations ont été rajustées.**

- d. En janvier 2022, le montant de la prestation annuelle maximale pour pensionnés seuls en Ontario de la Sécurité de la vieillesse (SV) / du Supplément de revenu garanti (SRG) / du Régime de revenu annuel garanti (RRAG) s'élevait à 20 214,12 \$ (1 684,51 \$ par mois). Votre revenu actuel est-il inférieur à ce montant? Oui Non

Veillez noter que le revenu annuel garanti pour pensionnés seuls en Ontario correspondant à votre avis de cotisation de 2021 s'élevait à 19 663,20 \$ (1 638,60 \$ par mois). Veillez donc vous assurer que votre revenu actuel tient compte de la hausse de janvier 2022.

- e. Si vous avez répondu Oui à la question 3d. ci-dessus :
- i) Avez-vous fait une demande de SRV? Oui Non
- ii) Avez-vous fait l'objet d'une décision? Oui Non

Partie B. Renseignements obligatoires sur le revenu

Avis de cotisation envoyé au résident par l'Agence du revenu du Canada pour la plus récente année d'imposition. Pour les résidents recevant un supplément de revenu pour la COVID-19 du Régime de revenu annuel garanti (RRAG), veuillez exclure ce montant en vertu de la partie B. **(Pour une définition, veuillez consulter la liste de documents connexes du système de renseignements sur la réduction des taux.)**

Année d'imposition de l'Avis de cotisation (aaaa) | Revenu net selon la ligne 23600

Revenu non imposable

Fournir le montant total de revenu non imposable auquel vous aurez droit cette année.

Assurance privée non imposable (lettre de police d'assurance ou de prestation d'assurance)	\$
Aide financière d'un pays étranger (en \$CAN) [lettre du pays étranger]	\$
Soutien financier du résident parrainé ou de la résidente parrainée (Pour le résident ou la résidente et les personnes à charge, n'inclure que le montant pour les personnes à charge si vous faites une réclamation dans l'annexe A ou B). Pour une définition d'immigrant parrainé, reportez-vous au Guide de l'utilisateur.	\$

Revenu exclu du revenu annuel net

Les sources de revenus suivantes ont peut-être été incluses dans votre Avis de cotisation et doivent en être déduites. Veuillez indiquer le revenu total inscrit sur votre Avis de cotisation.

Impôt exigible (Avis de cotisation, ligne 43500)	\$
Prestation universelle pour la garde d'enfants (Imprimé-Option-C, ligne 11700) et/ou supplément de revenu pour la COVID-19 du Régime de revenu annuel garanti (RRAG) (Lettre de déclaration du taux RRAG)	\$
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) [Imprimé-Option-C, ligne 12500]	\$
Prestation de décès au titre du RPC/prestation de décès au titre du RRQ (T4A [P] case 18)	\$

Inclure toute pension alimentaire à recevoir

Si vous recevez une pension alimentaire, veuillez en indiquer ci-dessous le montant annuel. Si cela s'applique à votre cas, veuillez communiquer avec votre FSLD, car vous pourriez être admissible à demander que ce revenu soit déduit s'il ne vous est plus offert. Veuillez prendre note que ceci ne comprend pas les pensions alimentaires que vous devez payer à quelqu'un d'autre.

Ordonnance d'un tribunal ou montant de la convention alimentaire	\$
Montant imposable de la pension alimentaire reçue (Imprimé-Option-C, ligne 12800)	\$

Quelle partie de ce formulaire dois-je remplir? Les parties A, B et F sont obligatoires pour tous.

4. Avez-vous commencé à recevoir les nouvelles prestations du gouvernement depuis l'année où vous avez reçu l'Avis de cotisation? Si oui, votre Avis de cotisation n'en tient peut-être pas compte. Veuillez remplir la **partie C du présent formulaire**. Oui Non
5. a. Avez-vous bénéficié d'une réduction du tarif à quelque moment que ce soit au cours de l'année où vous avez reçu votre Avis de cotisation? Oui Non
- b. Si oui, avez-vous un revenu forfaitaire qui était inclus dans votre Avis de cotisation, qui a servi à payer des appareils et accessoires fonctionnels ou vos frais d'hébergement? Oui Non
- Si vous avez répondu « oui » aux questions 5a. et 5b. ci-dessus, il se peut qu'une partie de ce revenu forfaitaire soit exclu. Veuillez remplir la partie E du présent formulaire.
- c. Votre Avis de cotisation comprend-il un revenu qui pouvait vous être versé pendant une période au cours de laquelle vous ne bénéficiiez d'aucune réduction du tarif? Oui Non

- d. Votre Avis de cotisation comprend-il un paiement forfaitaire de la PSV, du SRV ou du RRAG qui vous est payable avant le 1^{er} janvier 2011 et pour lequel vous bénéficiez d'une réduction du tarif durant cette période? Oui Non

Si la réponse à la question 5c. et/ou 5d. ci-dessus est Oui, vous êtes admissible à demander que ce revenu soit déduit. Veuillez remplir la partie D du présent formulaire pour que ce revenu soit déduit.

Partie C. Revenu non indiqué sur l'Avis de cotisation

Pour toute prestation qui ne paraît pas sur votre Avis de cotisation, veuillez indiquer le montant total des prestations que vous recevrez cette année. Si vous connaissez seulement le montant mensuel, veuillez multiplier ce montant par 12. La partie C ne doit comprendre que les nouvelles prestations récurrentes qui ont été reçues par le résident après l'année de son Avis de cotisation.

Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) ([Lettre de taux de Service Canada)	\$
Supplément de revenu garanti (SRG) (Lettre de taux de Service Canada)	\$
Régime de revenu annuel garanti (RRAG) (Lettre d'énoncé des taux du ministère des Finances)	\$
Rente de retraite – Régime de pensions du Canada (RPC) (Lettre de taux de Service Canada) ou Régime de rentes du Québec (RRQ) (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations d'invalidité – RPC (Lettre de taux de Service Canada), prestations d'invalidité du RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations de survivant – RPC (Lettre de taux de Service Canada), rente de conjoint survivant du RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations aux enfants – RPC (Lettre de taux de Service Canada), rente d'orphelin du RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Allocation au survivant au titre de la PSV (Lettre de taux de Service Canada)	\$
Allocation au conjoint au titre de la PSV (Lettre de taux de Service Canada)	\$
Programme Ontario au travail (Admissibilité au MDESC ou lettre indiquant le montant ou talon de chèque)	\$
Indemnisation des accidents du travail (Lettre de taux de la Commission des accidents du travail)	\$
Autres prestations de gouvernements canadiens (fédéral, provincial/territorial ou municipal) ou assurance privée imposable (lettre de police d'assurance ou de prestations d'assurance)	\$

Partie D. Revenu exclu du revenu annuel net : Impôt exigible avant la réduction du taux

Pour tout revenu que vous ne recevez plus, qui était inclus dans votre Avis de cotisation et qui pouvait vous être versé pendant une période au cours de laquelle vous ne bénéficiiez d'aucune réduction du tarif, veuillez indiquer le montant total inscrit dans votre Avis de cotisation pour la période visée. Si d'autres types de revenu n'y sont pas indiqués et ne vous sont plus offerts, mais qu'ils ont été reçus et payables pendant une période au cours de laquelle vous ne bénéficiiez d'aucune réduction du tarif, veuillez discuter avec votre FSLD. Vous pourriez être admissible à demander que ce revenu soit déduit.

Cessation du revenu d'emploi (Imprimé-Option-C, ligne 10100)

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	\$
----------------------------	--------------------------	----

Retrait du REER (Imprimé-Option-C, ligne 12900)

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	\$
----------------------------	--------------------------	----

Revenu forfaitaire, p. ex. PSV, SRG, RRAG (Lettre de taux de Service Canada)

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	\$
----------------------------	--------------------------	----

Rente partagée (Imprimé-Option-C, ligne 11600)

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	\$
----------------------------	--------------------------	----

Revenu d'un Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) ou d'un Fonds de revenu viager (FRV) (Imprimé-Option-C, ligne 11500)

Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	\$
----------------------------	--------------------------	----

Partie E. Revenu exclu du revenu net annuel : Revenu forfaitaire utilisé pour payer un appareil ou un accessoire fonctionnel ou pour l'hébergement dans un FSLD

Veuillez fournir le type de revenu relatif à l'exclusion et le montant compris dans votre Avis de cotisation.

Veillez indiquer le type de revenu forfaitaire relatif à l'exclusion et le montant correspondant reçu durant l'année de l'Avis de cotisation (p. ex. REER, SRG, RRAG, assurance-vie)

\$

Appareil et accessoire fonctionnel

Le montant du revenu forfaitaire utilisé par le résident pour payer la part de l'utilisateur d'un appareil ou d'un accessoire fonctionnel en vertu du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) du ministère, indiqué sur l'avis de cotisation du résident pour l'année d'imposition visée, peut être exclu du calcul du revenu net annuel du résident.

Cotisation du résident ou de la résidente pour un appareil ou un accessoire fonctionnel (présentée comme étant la part payée par le résident ou la résidente sur la facture du fournisseur)

\$

Hébergement

Le montant du revenu forfaitaire utilisé par le résident pour payer en entier ou en partie l'hébergement, indiqué sur l'avis de cotisation du résident pour l'année d'imposition visée, dont ne dispose pas le résident pour l'année en cours, peut être exclu du calcul du revenu net annuel du résident.

Total du montant payé pour hébergement au moyen du type de revenu indiqué ci-dessus pour la période couverte

\$

Période couverte durant l'année de l'Avis de cotisation au cours de laquelle vous avez payé des services d'hébergement

Date de début (aaaa/mm/jj)

Date de fin (aaaa/mm/jj)

Montant du revenu forfaitaire provenant de la source indiquée que vous recevrez pour l'année en cours?

\$

Quels autres formulaires dois-je remplir?

6. Voulez-vous conserver un revenu pour soutenir un conjoint à charge dans la communauté? Oui Non
Si oui, veuillez remplir et joindre **l'annexe A : Conjoint à charge**.
7. Voulez-vous conserver un revenu pour soutenir un ou plusieurs enfants à votre charge dans la communauté? Oui Non
Si oui, veuillez remplir et joindre **l'annexe B : Enfant à charge** pour chaque enfant à charge.

Partie F. Déclaration du résident ou de la résidente

J'ai eu, et le cas échéant, mon conjoint à charge ou mes enfants à charge ont eu accès à tous les avantages, droits, suppléments, règlements ou toute autre forme d'aide financière qui peut être offerte, y compris celle du gouvernement du Canada, du gouvernement de toute province ou tout territoire du Canada, de tout gouvernement municipal au Canada et à tous les avantages, droits, suppléments, règlements ou toute autre forme d'aide financière offerte par tout pays étranger.

Si une composante de mon revenu annuel net et, le cas échéant, une composante du revenu annuel net de mon conjoint à charge ou de mes enfants à charge changent durant la période de réduction de mon tarif d'hébergement, par exemple une séparation involontaire, je comprends que je devrai alors faire une nouvelle demande de réduction du tarif à ce moment.

Si mon admissibilité à une réduction du tarif et, le cas échéant, l'admissibilité de mon conjoint à charge ou de mes enfants à charge changent durant la période de réduction de mon tarif d'hébergement, je comprends que je devrai alors faire une nouvelle demande de réduction du tarif.

Tous les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques, et aucun renseignement devant être fourni n'a été retenu ou omis.

Je reconnais que s'il était établi que l'information fournie dans la présente demande de réduction du tarif d'hébergement est fautive, celle-ci serait rétroactivement rejetée et mon tarif pourrait être rajusté rétroactivement. Je reconnais que s'il était établi que je devrais payer un tarif plus élevé, je serais obligé de rembourser la différence avant de pouvoir recevoir une autre réduction du tarif.

Je, _____ de la _____
(nom du(de la) résident(e) ou du(de la) mandataire) (ville)

de _____ de la province d'Ontario déclare solennellement que :
(nom de la ville)

- Je suis la personne nommée dans les présentes et qui soumet cette demande.
- La déclaration susmentionnée est véridique.

Et je déclare solennellement et en toute conscience que ces renseignements sont véridiques.

DÉCLARATION faite devant moi,

_____ à _____
(nom du témoin) (nom de la ville)

ce _____ jour de _____ 20 _____
(jour du mois) (mois) (année)

Signature du témoin

Signature du demandeur

X _____

X _____

À remplir par le titulaire d'un permis de FSLD

1. N° d'identificateur unique du(de la) résident(e)	2. Date de réception de la demande par le FSLD (aaaa/mm/jj)
3. Date d'admission du(de la) résident(e) dans tout foyer de soins de longue durée (aaaa/mm/jj)	4. Date d'accès du(de la) résident(e) à un foyer avec services de base, si elle diffère de la date à la case 3. (aaaa/mm/jj)
5. S'il s'agit d'un renouvellement, date de fin de la dernière période de renouvellement du tarif (aaaa/mm/jj)	