

Demande de réduction pour un hébergement avec services de base dans un foyer de soins de longue durée Annexe B : Enfant à charge

Conformément à l'article 177 de la *Loi de 2007 sur les foyers de 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 253 du *Règlement de l'Ontario 79/10* établi en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*. Conformément au paragraphe 253(4) du *Règlement de l'Ontario 79/10*, le titulaire de permis doit soumettre cette demande et en conserver un exemplaire.

Conformément au paragraphe 249(4) du *Règlement de l'Ontario 79/10*, le directeur a décidé que les prestations du revenu et paiements uniques suivants liés à la COVID-19, s'ils ont été reçus par le résident, **ne doivent pas être** pris en compte dans la détermination du revenu annuel net pour le cycle de réduction du taux de 2021-2022 : (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 du Régime de revenu annuel net garanti tel qu'énoncé en vertu de la partie D. 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 l'enfant

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Votre enfant vit-il par lui-même (c-à-d. qu'il ne vit pas avec un parent ou une autre personne qui en a la garde légale)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Partie A. Admissibilité

Si vous répondez « oui » à la question 1 ou 2, ou si vous répondez « non » à la question 4, votre enfant à charge n'est pas admissible à une déduction pour personnes à charge. Veuillez ne pas remplir ce formulaire.

1. Est-ce que votre enfant habite dans un foyer de soins de longue durée, un hôpital ou une autre institution subventionnée par le gouvernement? Oui Non
2. Est-ce que votre enfant reçoit une indemnité au titre du POSPH ou du programme Ontario au travail s'il y participe, directement ou indirectement? Oui Non
3. a. Votre enfant est-il âgé de moins de 18 ans? Oui Non
 b. Si oui, son revenu est-il inférieur au montant personnel de base fédéral de 13 229 \$? Oui Non
4. Si votre enfant est âgé entre 18 et 24 ans, fréquente-t-il actuellement à temps plein un établissement d'enseignement secondaire ou postsecondaire reconnu? Oui Non

Si vous avez répondu « oui » aux questions 3(a.) et 3(b.) ci-dessus, aucun avis de cotisation n'est requis et le montant est considéré comme étant équivalent à 0,00 \$. **Vous avez rempli ce formulaire et n'avez pas à remplir le reste de la partie B ainsi que les parties C, D et E.** Si vous avez répondu « non » à la question 3) ci-dessus et « oui » à la question 4), veuillez remplir les champs suivants ainsi que les parties B, C, D et E.

Partie B. Renseignements obligatoires sur le revenu

Année d'imposition de l'Avis de cotisation (aaaa)	Revenu net selon la ligne 236 ou ligne 23600
---	--

Le revenu annuel net d'un enfant de moins de 18 ans peut être réduit du montant personnel de base. Par conséquent, un enfant de moins de 18 ans dont le revenu est :

- inférieur au montant personnel de base en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*, le revenu annuel net de cet enfant sera considéré être égal à 0,00 \$;
- égal ou supérieur au montant personnel de base en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)*, le revenu annuel net sera déterminé sans prendre en considération le montant d'exemption personnelle.

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

Pour toute prestation d'assurance privée ou gouvernementale qui ne paraît pas sur l'Avis de cotisation de votre enfant, veuillez indiquer le montant total des prestations que votre enfant recevra cette année.

Prestation/revenu	Montant Annuel
Revenu conservé d'un autre résident du foyer de soins de longue durée	\$
Assurance privée non imposable	\$

Autres prestations de gouvernements canadiens (fédéral, provincial/territorial ou municipal)	\$
Prestations d'invalidité – Régime de pensions du Canada (RPC) (Lettre de taux de Service Canada), RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations aux enfants – Régime de pensions du Canada (RPC) (Lettre de taux de Service Canada), rente d'orphelin – RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$

Partie D. Revenu exclu du revenu annuel net

Impôt exigible (Avis de cotisation, ligne 435 ou ligne 43500)	\$
Prestation universelle pour la garde d'enfants (Imprimé-Option-C, ligne 117 ou 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 125 ou ligne 12500)	\$
Prestation de décès au titre du RPC/prestation de décès au titre du RRQ (T4A (P) case 18)	\$

Partie E. Appareil et accessoire fonctionnel

Le montant du revenu forfaitaire utilisé par l'enfant 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 de l'enfant pour l'année d'imposition visée, ne sera pas utilisé dans le calcul du revenu annuel net de l'enfant. Ce revenu ne sera plus disponible pour l'enfant puisqu'il a servi à payer pour un appareil ou un accessoire fonctionnel. Veuillez fournir le type de revenu relatif à l'exclusion et le montant compris dans votre Avis de cotisation.

Veuillez 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)	\$
Cotisation de l'enfant pour un appareil ou un accessoire fonctionnel (présentée comme étant la part payée par l'enfant sur la facture du fournisseur)	\$

À remplir par le titulaire d'un permis de FSLD

N° d'identificateur unique du résident : _____