

# 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 et qui passe à une nouvelle prestation ou à de nouvelles prestations gouvernementales

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 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)

Défini comme étant 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 sociaux et communautaires (MSSC) 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?  Oui  Non  
Si la réponse est Non, veuillez passer à la Partie B.
  - 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  
Le terme « séparation involontaire » est utilisé pour indiquer qu'en raison de circonstances indépendantes de sa volonté, un couple marié doit vivre séparément. **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 2021, 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 19 409,88 (1 617,49 \$ 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 2020 s'élevait à 19 359,48 \$ (1 613,29\$ par mois). Veillez donc vous assurer que votre revenu actuel tient compte de la hausse de janvier 2021.**

- 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 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]	\$
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 128 ou ligne 12800)	\$

## Prestations annuelles nettes

Ces renseignements seront utilisés pour calculer la différence entre les prestations totales que vous avez reçues jusque-là et les prestations totales que vous recevrez dans l'année en cours.

### Prestations reçues dans l'année précédente (Selon votre Avis de cotisation)

Veillez indiquer le montant total du revenu que vous ne recevez plus, mais que vous avez reçu au cours de l'année précédente pour chaque prestation gouvernementale indiquée dans votre Avis de cotisation.

### Prestations que vous recevez cette année (Les nouvelles prestations qui n'apparaissent pas dans votre Avis de cotisation.)

**Si vous avez commencé à recevoir de nouvelles prestations du gouvernement après l'année indiquée sur votre avis de cotisation,** veuillez fournir le montant mensuel des nouvelles prestations et multipliez-le par 12 pour obtenir une somme annualisée.

**Si vous êtes passé(e) aux nouvelles prestations du gouvernement pendant votre année d'avis de cotisation,** veuillez fournir le montant mensuel de votre nouveau revenu de prestation et multiplier ce montant par le nombre de mois dans la **colonne B** afin de garantir que vos prestations ne sont pas comptées deux fois. Si vous avez besoin d'aide, adressez-vous à votre foyer de soins de longue durée pour qu'on vous aide à calculer le montant total de votre nouvelle prestation du gouvernement.

Prestation/revenu	Colonne A Montant figurant dans l'avis de cotisation (\$)	Colonne B Nombre de mois au cours desquels des prestations ont été reçues (#)	Prestation/revenu	Colonne C Nouveau montant mensuel (\$)	Colonne D Nouveau montant total (\$)
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)/ Ontario au travail [T5007 case 11]	\$		Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)/ Ontario au travail [T5007 case 11] (Admissibilité MSSC ou Lettre de taux ou talon de chèque)	\$	\$
Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) [Imprimé-Option-C, ligne 113 ou ligne 11300]	\$		Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) [Lettre de taux de Service Canada]	\$	\$
Allocation au conjoint au titre de la pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) [Imprimé-Option-C, ligne 146 ou ligne 14600]	\$		Allocation au conjoint au titre de la pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) [Lettre de taux de Service Canada]	\$	\$
Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) Allocation au survivant [Imprimé-Option-C, ligne 146 ou ligne 14600]	\$		Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) Allocation au survivant [Lettre de taux de Service Canada]	\$	\$
Supplément de revenu garanti (SRG) [Imprimé-Option-C, ligne 146 ou ligne 14600]	\$		Supplément de revenu garanti (SRG) [Lettre de taux de Service Canada]	\$	\$
Régime de revenu annuel garanti (RRAG) (T5007 case 11)	\$		Régime de revenu annuel garanti (RRAG) [Lettre d'énoncé des taux du ministère du Revenu]	\$	\$
Prestations de retraite - Régime de pensions du Canada (RPC); Prestations de retraite - Régie des rentes du Québec (RRQ) [T4A (P) case 14]	\$		Prestations de retraite - Régime de pensions du Canada (RPC) [Lettre de taux de Service Canada]; Prestations de retraite - Régie des rentes du Québec (RRQ) [Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec]	\$	\$

Prestation/revenu	Colonne A Montant figurant dans l'avis de cotisation (\$)	Colonne B Nombre de mois au cours desquels des prestations ont été reçues (#)	Prestation/revenu	Colonne C Nouveau montant mensuel (\$)	Colonne D Nouveau montant total (\$)
Prestations d'invalidité - Régime de pensions du Canada (RPC), prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec (RRQ) [T4A (P) case 16]	\$		Prestations d'invalidité - Régime de pensions du Canada (RPC) [Lettre de taux de Service Canada]; prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec (RRQ) [Lettre de taux de la Régie des rentes]	\$	\$
Prestations de survivant - Régime de pensions du Canada (RPC), rente de conjoint survivant de la Régie des rentes du Québec (RRQ) [T4A (P) case 15]	\$		Prestations de survivant - Régime de pensions du Canada (RPC), rente de conjoint survivant de la Régie des rentes du Québec (RRQ), Invalidité [Lettre de taux de Service Canada]	\$	\$
Prestations aux enfants - Régime de pensions du Canada (RPC) [Lettre de taux de Service Canada]; rente d'orphelin du RRQ [Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec] [T4A (P) case 17]	\$		Prestations aux enfants - Régime de pensions du Canada (RPC) [Lettre de taux de Service Canada]; rente d'orphelin du RRQ [Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec]	\$	\$
Indemnisation des accidents du travail [Imprimé-Option-C, ligne 144 ou ligne 14400]	\$		Indemnisation des accidents du travail [Lettre de taux de la Commission des accidents du travail]	\$	\$
Autres prestations du gouvernement du Canada (fédéral, provincial/territorial ou municipal) ou assurance privée imposable (lettre de police d'assurance ou de prestations d'assurance)	\$		Autres prestations du gouvernement du Canada (fédéral, provincial/territorial ou municipal) ou assurance privée imposable (lettre de police d'assurance ou de prestations d'assurance)	\$	\$

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

4. 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? Veuillez remplir la **partie D du présent formulaire** pour que ce revenu soit déduit.  Oui  Non
- 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<sup>er</sup> janvier 2011.  Oui  Non

Si vous avez répondu Oui aux questions 4c. et (ou) 4d. ci-dessus, vous pouvez demander à ce que la source de revenu qui n'est plus disponible soit déduite du calcul de votre revenu. Veuillez remplir la **partie C du présent formulaire** pour que ce revenu soit déduit.

### Partie C. 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 101 ou ligne 10100)

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

Retrait du REER (Imprimé-Option-C, ligne 129 ou 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 116 ou 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 115 ou ligne 11500)

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

### Partie D. 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.

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)	\$
---	----

#### 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?

- 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**.
- 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.
- Avez-vous reçu un avis du foyer de soins de longue durée indiquant que votre déduction pour personnes à charge peut être renouvelée?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir et joindre l'**annexe C : Maintien de la déduction précédente pour personnes à charge**.

## Partie E. 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.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et je n'ai ni caché ni omis de renseignements requis en vertu de cette demande.

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)

1. Je suis la personne nommée dans les présentes et qui soumet cette demande.
2. À ma connaissance, les renseignements présentés dans cette demande sont exacts.

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

DÉCLARATION faite devant moi,

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(nom du témoin) (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)	