Ontario

Ministère des Soins de longue durée

Demande de réduction pour un hébergement avec services de base dans un foyer de soins de longue durée Résident ou résidente qui ne reçoit pas d'avis de cotisation

(Résidents admis pour la première fois dans un foyer de soins de longue durée depuis un an ou moins et pour lesquels il n'y a pas d'avis de cotisation)

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 effectué une exemption unique visant à permettre l'exclusion des suppléments de revenu pour la COVID-19 et des paiements uniques de la détermination du revenu net annuel pour le cycle 2021-2022 de réduction du taux : (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; (4) Paiement unique aux personnes en situation de handicap. Veuillez prendre note que ces suppléments de revenu et ces paiements uniques n'ont pas à être déclarés sur le présent formulaire.

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)	☐ Le Bureau du Tuteur et curateur public (BTCP) est le tuteur aux biens en vertu de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*. 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? 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
   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
   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

 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021

Partie B. Renseignements obligatoires sur le revenu

Remplissez ce formulaire uniquement si vous êtes dans un foyer de soins de longue durée depuis moins de 12 mois et que vous n'avez pas d'Avis de cotisation.

Veuillez indiquer le montant total de revenu que vous recevrez cette année des sources de revenu énumérées ci-dessous. Si vous connaissez seulement le montant mensuel, veuillez multiplier ce montant par 12. Ce montant sera inclus dans le calcul de votre revenu annuel net.	**Montant annuel ($)**
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 du Revenu)	$
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, rente de conjoint survivant du RRQ (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	$
Prestations aux enfants – RPC, 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 MSSC ou lettre indiquant le montant ou talon de chèque d'Ontario au travail)	$
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)	$
Assurance privée non imposable (lettre de police d'assurance privée)	$
Aide financière d'un pays étranger (en $CAN) (lettre du pays étranger)	$
Soutien financier du(de la) résident(e) parrainé(e) (Pour le(la) résident(e) 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)	$
Revenu provenant d'un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) (T4RIF)	$
Revenu en intérêts (T3, T5, T5012 ou T5013A)	$
Revenu de retraite, rentes et autres revenus (T4A)	$
Prestations d'assurance-emploi (Lettre de Service Canada)	$
Revenu de location (Déclaré par l'intéressé)	$
Assurance privée imposable (Lettre de police d'assurance privée)	$
Autres sources de revenus (Déclaré par l'intéressé)	$
Pensions alimentaires dues au résident ou à la résidente (Ordonnance d'un tribunal/convention alimentaire) 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.	$

Quels autres formulaires dois-je remplir?

4. 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.**

5. 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.

6. 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 C. 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 fausse, 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

X _____

Signature du demandeur

X _____

À remplir par le titulaire d'un permis de FSLD

1. Nº 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)

Imprimer Effacer