

Demande de réduction pour un hébergement avec services de base dans un foyer de soins de longue durée

Annexe A : Conjoint à charge

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 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 application du paragraphe 299 (4) du Règl. de l'Ont. 246/22, la directrice a déterminé que l'augmentation résultant du doublement du paiement du Régime de revenu annuel garanti (RRAG) pour tous les bénéficiaires pendant 12 mois à compter de janvier 2023 ne doit pas être prise en compte dans le calcul du revenu net annuel d'un résident. L'augmentation résultant du doublement temporaire du paiement du RRAG de 2023 ne doit pas être déclarée sur ce formulaire lors d'une demande de réduction de tarif avec un avis de cotisation qui n'est pas pour l'année civile 2023. La portion de base habituelle des paiements du RRAG doit toujours être déclarée, et sera prise en compte dans la détermination du revenu net annuel du résident. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la lettre de détermination de la directrice.

Renseignements sur le conjoint

Un conjoint est défini comme une personne avec laquelle le résident ou la résidente est marié(e) ou une personne avec laquelle le résident ou la résidente vit en relation conjugale sans être marié(e).

Nom de famille du conjoint	Prénom du conjoint	Second prénom conjoint
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		

Partie A. Admissibilité

Si vous répondez « non » à la question 1 ou si vous répondez « oui » à l'une des questions 2, 3 ou 4, votre conjoint à charge n'est pas admissible à une déduction pour personnes à charge. Veuillez ne pas remplir le présent formulaire.

- | | |
|---|---|
| 1. Habitez-vous avec votre conjoint avant votre admission dans un foyer de soins de longue durée (FSLD) (y compris un hôpital, un FSLD ou une autre institution)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Votre conjoint habite-t-il dans un FSLD, un hôpital ou une autre institution subventionnée par le gouvernement? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Votre conjoint est-il âgé d'au moins 65 ans et reçoit-il une pension de la sécurité de la vieillesse ou est-il admissible à la recevoir? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Votre conjoint reçoit-il une indemnité au titre du POSPH ou du programme Ontario au travail, s'il y participe, directement ou indirectement? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 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 votre conjoint aura 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]	\$

Revenu exclu du revenu annuel net

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

Impôt exigible (Avis de cotisation, ligne 43500)	\$
Prestation universelle pour la garde d'enfants (Imprimé-Option-C, ligne 11700)	\$
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)	\$

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

Pour toute prestation qui ne paraît pas sur l'Avis de cotisation de votre conjoint, veuillez indiquer le montant total des prestations que votre conjoint recevra cette année.

Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) (Lettre de taux de Service Canada), Régime des rentes du Québec (RRQ) (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations d'invalidité – Régime de pensions du Canada (RPC) (Lettre de taux de Service Canada), prestations d'invalidité – Régime des rentes du Québec (RRQ) (Lettre de taux de la Régie des rentes du Québec)	\$
Prestations de survivant – Régime de pensions du Canada (RPC) (Lettre de taux de Service Canada), pension de conjoint survivant – Régime des rentes du Québec (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 – Régime des rentes du Québec (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)	\$
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. Appareil et accessoire fonctionnel

Le montant du revenu forfaitaire utilisé par le conjoint 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 conjoint pour l'année d'imposition visée, ne sera pas utilisé dans le calcul du revenu annuel net du conjoint. Ce revenu ne sera plus disponible pour le conjoint 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 du conjoint pour un appareil ou un accessoire fonctionnel (présentée comme étant la part payée par le conjoint sur la facture du fournisseur)	\$

À remplir par le titulaire d'un permis de FSLD

N^o d'identificateur unique du résident : _____