

To the Welfare Administrator of the / Destinataire : L'administrateur de l'aide sociale du/de la _____

Of / de _____

I apply for the services of / Je présente une demande relative aux services d'une ☐ homemaker / aide familiale ☐ nurse / infirmière visiteuse

under the *Homemakers and Nurses Services Act* and in support of my application, I make the following statements: / en vertu de la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses*. À l'appui de ma demande, je déclare ce qui suit :

1.	Surname / Nom de famille	Given name(s) / Prénom(s)
----	--------------------------	---------------------------

Address (no., street or R.R., City, Town, Post Office or Township, County etc).
Adresse (n^o, rue ou route rurale, cité, ville, bureau de poste ou canton, comté, etc).

2.	Marital status État civil	Date (yyyy/mm/dd) Date (aaaa/mm/jj)	Place/Endroit	Marital status État civil	Date (yyyy/mm/dd) Date (aaaa/mm/jj)	Place/Endroit
	☐ single célibataire			☐ separated séparé(e)		
	☐ married marié(e)			☐ deserted abandonné(e)		
	☐ widowed veuf(ve)			☐ divorced divorcé(e)		

3.	Personal and family data - Applicant and dependent members of family living together Renseignements personnels et familiaux - Auteur de la demande et membres de la famille à sa charge vivant ensemble						
	Given name(s) (surname if different from applicant) Prénom(s) (nom de famille s'il diffère de celui de l'auteur de la demande)	Sex/ sexe	Date of birth (yyyy/mm/dd) Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Age	Birthplace Lieu de naissance	Relationship to applicant Lien de parenté avec l'auteur de la demande	Health (good/fair/poor) Etat de santé (bon/passable/mauvais)
	Applicant / Auteur de la demande						
	Spouse / conjoint(e)						

4i.	Members of family not living with applicant / Membres de la famille ne vivant pas avec l'auteur de la demande			
	Relationship/Lien de parenté	Full name / Nom et prénoms	Address / Adresse	Contribution / Apport

4ii.	Where the application for services is being made by reason of the absence of the mother or other person having charge of a child in the household owing to hospitalization or other institutional care, state name and address of hospital or institution. Si la demande relative aux services est présentée pour cause d'absence de la mère ou de la personne qui a la charge d'un enfant du ménage en raison de son admission à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital ou de l'établissement
------	---

State reason for the admission of the mother or the other person to hospital or institution.
Indiquez les motifs de l'admission de la mère ou de la personne à l'hôpital ou dans établissement :

State probable length of stay in hospital or institution. / Indiquez la durée probable du séjour à l'hôpital ou dans établissement :

5.	State in detail reasons that the services of a homemaker or nurse are required: Indiquez de façon détaillée les motifs pour lesquels les services d'une aide familiale ou d'une infirmière visiteuse sont requis :
----	---

6.	Check if in receipt of: / Si vous recevez l'une des aides suivantes, cochez la case appropriée :		
	☐ employment assistance or basic financial assistance under the <i>Ontario Works Act, 1997</i> aide à l'emploi ou aide financière de base en vertu de la <i>Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail</i>	☐ payment under the <i>Old Age Security Act</i> (Canada) paiement en vertu de la <i>Loi sur la sécurité de la vieillesse</i> (Canada)	☐ income support under the <i>Ontario Disability Support Program Act, 1997</i> soutien du revenu en vertu de la <i>Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées</i>

