

Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire – Formule de demande

Renseignements sur l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire :

L'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire vise à améliorer les soutiens à la participation communautaire pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. Elle est destinée aux jeunes qui :

- a) se préparent à quitter l'école ou ont quitté l'école et
- b) cherchent des soutiens à la participation communautaire.

Cette initiative octroie une aide financière pour des activités fondées sur des partenariats communautaires appropriées à un éventail de capacités fonctionnelles. Elle expose les participant(e)s à une vaste gamme d'activités postsecondaires axées sur l'épanouissement personnel nécessaire à la vie adulte dans la collectivité. Il est possible que certains renseignements demandés dans la présente formule ne s'appliquent pas à votre situation particulière.

Cette initiative est destinée aux résidents de l'Ontario (citoyen(ne)s canadien(ne)s, immigrant(e)s ayant reçu le droit d'établissement, titulaires d'un permis du ministre ou réfugié(e)s ayant le droit de rester au Canada) ayant une déficience intellectuelle confirmée par un médecin qualifié ou un psychologue et qui :

- ne fréquentent plus l'école et bénéficieraient de soutiens à la participation communautaire; ou
- attendent déjà des services et ont besoin de soutiens à la participation communautaire; et
- ne sont pas admissibles au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) (c'est-à-dire ne répondent pas aux critères de financement des soutiens de l'emploi du POSPH); et
- vivent à la maison avec leur famille ou dans un autre genre de logement, notamment un foyer collectif, vivent seuls, partagent un logement (programme de vie autonome) ou vivent en foyer-famille.

Processus de présentation d'une demande :

Les personnes doivent remplir une demande complète qui vise une période de trois ans, à moins que leur situation change de façon importante. Après la troisième année de financement, les personnes doivent présenter une nouvelle demande d'aide. Cela permet de modifier le plan individuel et l'aide financière d'après les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs personnels et les nouveaux besoins.

La personne, la famille ou l'organisme doit remplir cette demande dans les cas suivants :

- il s'agit de la première demande présentée à l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire;
- il s'est produit un changement important touchant les soins dont la personne a besoin, le réseau de soutien ou les services offerts depuis la date de la dernière demande complète à l'initiative;
- trois ans se sont écoulés depuis la présentation d'une demande complète.

La personne ou la famille :

- peut obtenir l'aide d'un organisme communautaire ou de toute autre personne pour remplir la présente formule;
- doit signer la formule remplie pour indiquer que les renseignements sont fidèles et exacts;
- ne doit jamais signer la formule laissée en blanc.

La présente formule sera utilisée en conjonction avec les Lignes directrices de l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire. Veuillez vous adresser à votre regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative pour obtenir des précisions.

N.B. :

Les décisions concernant l'aide financière de l'initiative sont prises tous les trois ans, sauf s'il y a des circonstances exceptionnelles. Elles sont fondées sur les besoins individuels de la personne, les priorités relevées localement et la disponibilité des fonds de l'initiative dans votre région du ministère.

La personne, la famille, l'organisme ou toute autre personne au nom de l'auteur(e) de la demande peut présenter une demande directement au regroupement d'organismes locaux ou à l'organisme désigné qui s'occupera de déterminer l'admissibilité à l'initiative à n'importe quel moment de l'année.

Coordonnées – Personne ou organisme qui aide à remplir la formule (le cas échéant)

Nom		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ()	
Organisme ou organisation (le cas échéant)		Poste	
Adresse : numéro et rue			
Ville/bureau de poste		Province	Code postal

Information sur la personne ayant besoin de soutien

Est-ce que la personne auteure de la demande a le droit de vivre au Canada et est résidente de l'Ontario? (Par exemple : citoyen(ne), immigrant(e) ayant obtenu le droit d'établissement, titulaire d'un permis du ministre, réfugié(e) ayant le droit de vivre au Canada). Une copie de la documentation à l'appui pourrait être demandée.			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date de naissance				
					jj	mm	aaaa		
Nom		Prénom		Initiale	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de la demande à l'initiative		
							jj	mm	aaaa
Adresse : numéro et rue				Ville					
Province		Code postal		Numéro de téléphone à domicile (y compris l'indicatif régional) ()					
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse susmentionnée)						Date à laquelle l'auteur(e) de la demande a quitté l'école			
						jj	mm	aaaa	

Quelles sont les conditions de logement de l'auteur(e) de la demande?

- Vit avec sa famille
- Vit dans un foyer collectif
- Vit en foyer-famille
- Vit seul(e)/partage un logement (pas un foyer collectif)
- Autre (précisez)

Section 1 Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire - Demande

A. Recevez-vous présentement des soutiens de l'emploi du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)?

- Oui Veuillez noter que la participation à l'initiative est limitée aux personnes inadmissibles aux soutiens de l'emploi du POSPH. Veuillez communiquer avec le regroupement d'organismes locaux ou avec un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative pour obtenir des renseignements sur les autres soutiens subventionnés par le ministère dans votre collectivité.
- Non Veuillez aller à la section 1 B. ci-dessous et continuer de remplir la demande.

B. Pièces justificatives pour la détermination de l'admissibilité à l'initiative

Pour pouvoir déterminer l'admissibilité, la déficience intellectuelle de la personne auteure de la demande doit être étayée par un document établi par un médecin ou un psychologue. Veuillez consulter les lignes directrices de l'initiative pour des précisions à ce sujet.

Le document : (cochez une des cases)

- se trouve ci-joint a déjà été envoyé (aucun changement) sera envoyé sous pli séparé

C. Vous demandez quel type d'aide financière?

Pour obtenir un complément d'information sur les types d'aide financière, veuillez communiquer avec le regroupement d'organismes locaux ou avec un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative.

- Services d'un organisme
- Aide financière directe Qui se chargera de recevoir et d'administrer les fonds? (Par exemple, organisme, membre de la famille, tuteur légal, etc.)
- Veuillez préciser :
- Indécis(e)

D. Avez-vous déjà présenté une demande à l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire?

- Non Veuillez remplir les sections 2 et 4 à 8 de la demande (pages 4 et 6 à 10) et retourner la demande remplie au regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative. On communiquera avec vous une fois prise la décision sur l'aide financière.
- Oui Est-ce que cela fait trois ans que vous avez rempli une demande complète?
- Non Veuillez remplir les sections 2 et 3 ci-dessous pour déterminer si vous devez remplir une demande complète.
- Oui Veuillez remplir les sections 2 et 4 à 8 de la demande (pages 4 et 6 à 10) et retourner la demande remplie au regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative. On communiquera avec vous une fois prise la décision sur l'aide financière.

Section 2 Objectifs et plans personnels de la personne auteure de la demande

Exemples de soutiens qui seraient admissibles à une aide financière :

- Les activités associées à l'éducation permanente, notamment les activités postsecondaires créatives axées sur un programme de formation universitaire et l'autonomie personnelle.
Remarque : les droits de scolarité des programmes d'enseignement postsecondaire admissibles aux programmes d'aide aux étudiants du gouvernement et les soutiens offerts par le bureau d'aide aux groupes spéciaux sur le campus ne sont pas admissibles à une aide financière.
- Les activités de préparation à l'emploi lorsque la personne ne répond pas aux critères de financement des soutiens de l'emploi du POSPH.
- Les activités liées au travail, notamment la participation en milieu communautaire.
- Les activités de bénévolat.
- Les activités de la vie quotidienne qui renforcent les aptitudes sociales, l'autonomie et l'organisation personnelle.
- Les activités qui favorisent l'acquisition de compétences en utilisation de l'infrastructure communautaire comme les services de transport, les magasins, les bibliothèques et les centres récréatifs.

Les personnes et les familles peuvent également obtenir de l'aide pour administrer l'aide financière directe allouée et, pour ce, avoir recours, notamment* :

- aux services d'une personne qui les aidera à élaborer des plans personnels identifiant les soutiens et services non payants et payants;
- aux services d'un administrateur ou d'un intermédiaire qui les aidera à gérer les ressources humaines et à satisfaire aux exigences en matière de finance/rapport reliées aux soutiens financés.

* Jusqu'à 10 p. 100 du montant affecté directement peut servir à financer ces activités.

Le guide de planification ci-joint intitulé « *Pour bien vivre dans la collectivité : Guide de la planification gérée par la personne* » pourrait vous aider à élaborer votre plan individuel de participation communautaire. Des copies du guide en langage simple sont disponibles sur le site Web du ministère des Services sociaux et communautaires, www.mcass.gov.on.ca et de l'Individualized Funding Coalition for Ontario, www.individualizedfunding.ca.

A) Veuillez énumérer les objectifs que vous voulez atteindre avec l'aide des soutiens à la participation communautaire. Vous pouvez également annexer un plan individuel si vous le désirez.

1.

2.

3.

4.

5.

B) Combien d'heures de services désirez-vous obtenir (heures par semaine)? Veuillez répondre en fonction de la manière dont vous avez l'intention d'utiliser ces heures.

Section 3 Mise à jour concernant la personne

Depuis que votre dernière demande à l'initiative a été approuvée, s'est-il produit un changement dans la quantité d'aide nécessaire dans les domaines suivants *en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire* :

	Non	Oui
i) Communication et aptitudes sociales (<i>communication, aptitudes sociales, activités communautaires</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) Surveillance <i>dans la collectivité ou ailleurs</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii) Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv) Soins personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Soins de santé ou soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi) Soutien et services non payés (<i>par ex. activités de bénévolat ou liées au travail, groupes communautaires</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vii) Soutien et services payés (<i>par ex. soutiens communautaires, soutiens financiers</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez coché « non » pour **tous** les domaines ci-dessus, veuillez aller à la section 7 et expliquer pourquoi vous présentez une demande à ce moment-ci. Puis, signez et retournez cette formule au regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.

Si vous avez coché « oui » pour **l'un** des domaines ci-dessus, vous devez remplir les sections pertinentes. Veuillez retourner la demande remplie et signée au regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative. On communiquera avec vous une fois prise la décision concernant l'aide financière.

Instructions pour remplir les sections 4 à 8 :

- Veuillez remplir toutes les sections de la formule. Lisez toutes les sections avant de remplir la formule.
- Ces sections sont considérées comme un tout et ne sont pas présentées par ordre de priorité.
- Si une section ne s'applique pas à votre situation, veuillez y inscrire « s.o. » ou la rayer.
- Plus les renseignements fournis sont complets, mieux on sera en mesure d'évaluer votre demande de soutien. La présente formule sert à recueillir des renseignements liés aux facteurs dont on tient compte pour prendre une décision dans le cadre de l'initiative. Elle permet à la personne d'énoncer ses aptitudes et ses objectifs personnels.
- Les renseignements recueillis sont confidentiels et utilisés pour vous fournir des services et du soutien dans le cadre de l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire.

Section 4 Description des points forts et des centres d'intérêt

La décision concernant l'initiative tient compte des points forts et des centres d'intérêt de la personne et de la manière dont les soutiens à la participation communautaire l'aideront à mener une vie adulte dans la collectivité. L'initiative fournit du soutien pour une large gamme de besoins uniques. Veuillez cocher ou indiquer les éléments qui décrivent votre situation. Les éléments mentionnés constituent des exemples pour vous aider à remplir la formule. Vous pouvez utiliser ces exemples ou joindre un autre document de planification (p. ex. les plans transition de l'école ou votre plan individuel) pour étayer votre demande.

A. Points forts et centres d'intérêt Pour nous aider à comprendre vos capacités, veuillez décrire vos points forts et vos centres d'intérêt et ajouter tout autre renseignement que vous jugez important.

B. Communication et aptitudes sociales	Indiquez la fréquence de l'aide fournie à des fins de communication et de participation à des activités sociales <i>en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire.</i>					
	Constamment	Toutes les heures	Quotidiennement	Toutes les semaines	Rappels	Jamais
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitudes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités/participation dans la collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (<i>veuillez préciser</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur votre situation particulière.)

C. Surveillance	Indiquez la fréquence de la surveillance exercée ou de l'attention fournie pour la sécurité <i>en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire.</i>					
	Constamment	Toutes les heures	Quotidiennement	Toutes les semaines	Rappels	Jamais
Dans la collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (<i>veuillez préciser</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

Section 4 Description des points forts et des centres d'intérêt (suite)

D. Comportement

Décrivez les besoins dans ce domaine et indiquez la fréquence de l'aide fournie en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire.

Exemples : - Crises/Hyperactivité - Destruction de biens - Fuite - Comportement qui perturbe la personne ou les autres de façon importante	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	De temps à autre	Jamais
- Agression - Automutilation - Repli sur soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

E. Soins personnels

Indiquez les besoins de la personne en matière de soins personnels ainsi que le genre d'aide fournie en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire.

Exemples : - S'alimenter - Aller aux toilettes/se nettoyer - Soulever/déplacer des objets liés aux soins personnels	Soins complets	Soutien direct	Main sur main	Incitations et rappels	Rappels seulement	Aucune
- Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

F. Santé et soins médicaux

Indiquez les besoins de la personne en matière de santé et de soins médicaux ainsi que le niveau d'aide fourni en ce qui concerne les soutiens à la participation communautaire.

Exemples : - Gavage - Maîtrise des crises	Exceptionnelle	Importante	Modérée	Minime	Négligeable	Aucune
- Cathétérisme - Aspiration, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Au besoin, fournissez d'autres renseignements sur le genre de surveillance fournie.)

Section 5 Disponibilité de services et de soutiens non payés

La décision prise dans le cadre de l'initiative tient compte du soutien informel accessible à la personne durant la journée. Nombre de personnes peuvent compter sur l'aide d'autres personnes, notamment de membres de la famille, de bénévoles, de personnes du voisinage, d'amis, etc. ou ont la possibilité de participer à des activités informelles durant la journée (activités de bénévolat ou liées au travail, groupes communautaires, etc.). Toutefois, on reconnaît que ce genre de soutien peut varier.

Sur quel genre de soutien et d'activités pouvez-vous compter?	À quelle fréquence sont-ils accessibles (p. ex. quotidiennement, une fois par semaine, une fois par mois)?

Section 6 Soutien et services payés

La décision prise dans le cadre de l'initiative tient compte du soutien et des services actuellement accessibles et appropriés durant la journée (p. ex. programme récréatif municipal, programmes d'épanouissement personnel, services de relève, etc.). Quelles sont les autres sources de financement et de services auxquelles vous avez eu recours?

A. Services de soutien communautaires	Journée complète (35-40 h/sem.)	Plus qu'une demi-journée (21-34 h/sem.)	Demi-journée (17-20 h/sem.)	Moins qu'une demi-journée (moins de 17 h/sem.)	Liste d'attente	Reçus par le passé
Veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations

B. Autre aide financière	Montant reçu lors de la dernière évaluation	Demande présentée (veuillez cocher)		Objet de l'aide financière (veuillez cocher)
		Oui	Non	
Programme de services particuliers à domicile (PSPD) <i>Remarque : L'initiative vise à augmenter l'aide financière accessible aux personnes et aux familles et n'entraînera pas une diminution de l'aide financière approuvée et fournie dans le cadre du PSPD. Toutefois, l'aide financière fournie dans le cadre de l'initiative ne peut servir à l'achat de services et de soutiens identiques à ceux du PSPD.</i>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relève <input type="checkbox"/> Planification <input type="checkbox"/> Soutiens à la participation communautaire <input type="checkbox"/> Épanouissement personnel
Autre (veuillez préciser) :	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations

Section 7 Autres renseignements

Vous pouvez fournir de l'information ou de la documentation supplémentaire si vous jugez que cela nous aidera à évaluer votre demande. Veuillez fournir les renseignements ci-dessous ou les joindre à la présente formule.

Section 8 Signatures

Renseignements supplémentaires

Il arrive souvent que des renseignements supplémentaires soient nécessaires avant qu'une demande puisse être examinée. Si vous ne désirez pas consentir maintenant à la divulgation de tels renseignements, veuillez rayer la partie ci-dessous, puis signer simplement la demande.

Consentement à la divulgation de renseignements

J'autorise le regroupement d'organismes locaux ou un autre organisme qui coordonne l'accès à l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire à obtenir des renseignements supplémentaires concernant ma demande auprès des organismes ou personnes dont le nom figure ci-dessous (p. ex. organisme ou personne ayant fourni de l'aide, fournisseur de services, médecin, psychologue, personnel d'un organisme, etc.).

Nom	Numéro de téléphone (<i>y compris l'indicatif régional</i>) ()
Nom	Numéro de téléphone (<i>y compris l'indicatif régional</i>) ()
Nom	Numéro de téléphone (<i>y compris l'indicatif régional</i>) ()

Demande

Par la présente, je demande des services et déclare que les énoncés ci-dessus sont à ma connaissance exacts.

Signature de la personne auteure de la demande	Date (<i>jj/mm/aaaa</i>)
Et/ou signature du tuteur légal	Date (<i>jj/mm/aaaa</i>)

Avis concernant les décisions et la collecte de renseignements personnels

On vous informera par écrit de la décision prise par le regroupement d'organismes locaux ou un autre organisme qui coordonne l'accès à l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire.

Ces renseignements sont recueillis aux termes de l'autorisation légale prévue dans la *Loi sur les services aux personnes ayant une déficience intellectuelle*, L.R.O., 1990, chap. D.11, et seront utilisés afin de vous fournir des services et du soutien dans le cadre de l'Initiative d'aide Passeport pour l'intégration communautaire. Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec la personne suivante :

Nom de la personne avec qui communiquer au regroupement d'organismes locaux ou à un autre organisme qui coordonne l'accès à l'initiative		Numéro de téléphone (<i>y compris l'indicatif régional et le numéro de poste</i>) ()	
Adresse : Numéro et rue	Ville	Province	Code postal

Réservé au bureau

Recommandée par	Date (<i>jj/mm/aaaa</i>)	Approuvée par	Date (<i>jj/mm/aaaa</i>)
-----------------	----------------------------	---------------	----------------------------