



I, _____
an applicant for services under the *Homemakers and Nurses Services*

Je, soussigné(e), _____
auteur d'une demande de services présentée en application de la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses*, de même que je,

I, _____
(complete only where applicable)

soussigné(e), _____
(remplir s'il y a lieu)

spouse of the above applicant, consent that:

conjoint(e) de l'auteur de la demande, consentons à ce que :

1. The Welfare Administrator or his or her authorized representative inspect and have access to any account or safety deposit box held by me alone or jointly in any bank, trust company or other financial institution or to any assets held by me or on my behalf by any person, or any records relating to any of them.
2. The Welfare Administrator or his or her authorized representative secure information in respect of any life or accident insurance policy of which I am the beneficiary*.

1. L'administrateur de l'aide sociale ou son représentant autorisé ait accès aux comptes ou aux coffres bancaires que je détiens, seul(e) ou conjointement, dans une institution financière, notamment une banque ou une compagnie de fiducie, aux éléments d'actif détenus par moi ou pour mon compte, ou aux dossiers qui s'y rapportent, et à ce qu'il les examine.
2. L'administrateur de l'aide sociale ou son représentant autorisé obtienne des renseignements concernant toute police d'assurance-vie ou d'assurance contre les accidents dont je suis le ou la bénéficiaire*.

(*name of insured person, including late spouse, complete only where applicable)

(*nom de l'assuré(e), y compris du/de la conjoint(e) décédé(e), s'il y a lieu)

Dated at / Fait à _____ this / le _____ day of / jour de _____ 20 _____

(witness / témoin)

(signature of applicant / signature de l'auteur de la demande)

(address / adresse)

Dated at / Fait à _____ this / le _____ day of / jour de _____ 20 _____

(witness / témoin)

(signature of spouse where applicable / signature du/de la conjoint(e), s'il y a lieu)

(address / adresse)

This information is collected in order to determine whether a person who is eligible for homemaking and nurses services is required to pay the fees prescribed for the services. The authority for the collection of this information is section 10 under *the Homemakers and Nurses Services Act, R.S.O. 1990, c. H. 10, and Regulation 634, R.R.O. 1990*. If you have questions about the collection of this information, please contact the office at the address indicated below.

Ces renseignements sont recueillis afin de déterminer si une personne admissible aux services d'aide familiale et d'une infirmière visiteuse doit payer les droits prescrits pour les services. Cette collecte est faite conformément à l'article 10 de la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses*, qui constitue le chap. H.10 des L.R.O. de 1990, et au *Règlement 634 des R.R.O. de 1990*. Pour se renseigner sur la collecte de ces renseignements, communiquer avec le bureau à l'adresse suivante :

Homemakers and Nurses Services Program
5700 Yonge Street
5th Floor
Toronto, ON M2M 4K5
(416) 327-7039

Direction sur les services d'aides familiales
et d'infirmières visiteuses
5700, rue Yonge 5^e étage
Toronto, ON M2M 4K5
(416) 327-7039