



Demande d'aide relative au transport à des fins médicales

Page 1 de 2

Partie 1 : à remplir par le bénéficiaire d'Ontario au travail

Nom : _____

N° d'identification du membre : _____

Date de naissance (j/m/aaaa) : _____ Responsable de cas : _____

Autorisation de divulgation de renseignements

Par la présente, j'autorise _____ (nom du professionnel de la santé)
à communiquer les renseignements médicaux et pertinents demandés à la page 2 du
présent formulaire de demande d'aide relative au transport à des fins médicales.

Signature : _____ Date : _____

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)

(Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)

Les renseignements sont recueillis dans ce formulaire en vertu de *la Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*, articles 7, 8, 57 et 58, ou de *la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, articles 5, 10, 45 et 46, aux fins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario.

Veillez vous assurer de remplir dûment le formulaire, de le signer et de le remettre à votre fournisseur de soins de santé.

Les demandes de renseignements au sujet du présent formulaire peuvent être faites à :

Ontario au travail, 362, rue Montreal, Kingston (Ontario) K7K 3H5

Téléphone : 613 546-2695

REMARQUE : seuls les documents originaux sont acceptés.

Partie 2 – à remplir par le professionnel de la santé

Nom de la patiente ou du patient : _____ demande une aide financière pour ses déplacements à des fins médicales.

Veillez décrire brièvement l'état de santé de la personne susmentionnée (détails ci-dessous).

Veillez expliquer en quoi consisteront les rendez-vous nécessaires.

Veillez indiquer la fréquence de ces rendez-vous : ___ visites par semaine OU visites par mois.

La personne doit se présenter à ces rendez-vous pendant les ___ semaine(s)/mois(s) à venir.

REMARQUE : le transport par autobus est le moyen de transport visé aux termes des présentes prestations, à moins que l'état de santé de la personne rende impossible ou difficile tout déplacement à bord de ce type de véhicule.

Veillez indiquer si, en raison de son état, la personne est incapable de se déplacer par autobus pour se rendre à ces rendez-vous.

Oui, incapable de se déplacer en autobus _____ (veuillez apposer votre sceau et vos initiales)

Non, capable de se déplacer en autobus _____ (veuillez apposer votre sceau et vos initiales)

Si vous répondez Oui, veuillez fournir des détails au sujet de l'état de santé de la personne qui rendent impossible son déplacement en autobus. _____

Veillez indiquer quels moyens de transport suivants conviennent à la personne. (Cochez tous les choix qui s'appliquent.)

Autobus adapté Taxi Train Véhicule privé

Autres commentaires : _____

Nom du professionnel de la santé : _____

N° du certificat d'inscription : _____ N° de téléphone : _____

Adresse du bureau du professionnel de la santé : _____

Signature : _____ Date : _____