



Demande de prestation discrétionnaire liée à la santé

Page 1 de 2

Nom : _____ N° d'identification du membre : _____

Date de naissance (j/m/aaaa) : _____ Numéro de téléphone : _____

Responsable de cas : _____

Veillez expliquer brièvement pourquoi vous demandez cette prestation.

Soins dentaires (Indiquez le nom du dentiste, ses coordonnées et l'heure et la date du rendez-vous.)

Soins de la vue (Veillez joindre une copie du prix estimatif et de la prescription.)

Autre (Veillez fournir de plus amples détails ci-dessous.)

Détails :

Veillez indiquer les dépenses pour lesquelles vous demandez une aide financière :

Dépenses :	Montant estimatif :
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Montant total demandé :	_____ \$

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.

À usage interne seulement

<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Rejetée	_____ Critères	_____ Financement
Signature du responsable de cas : _____		Date : _____	
Autorisation du superviseur : _____		Date : _____	

Veillez vous assurer de remplir dûment le formulaire, de le signer et de le faire parvenir à :

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

Les demandes de renseignements peuvent être faites par :

téléphone – 613 546-2695

télécopieur – 613 546-9658