FONDS DE REMBOURSEMENT DES **TRAVAILLEURS DE SOUTIEN INDIVIDUEL POUR L'ÉTÉ** 2020

Imprimer, remplir et poster la :

DEMANDE

Date limite pour siumettre le demande: le 26 juin 2020

Autism ONTARIO

FAITES VOTRE DEMANDE EN LIGNE : www.autismontario.com/camp

Enfant/ jeune — Nom | Prénom

Remarque : une demande par enfant/jeune.

Date de naissance — J | M | A

Sexe — M | F

Diagnostic primaire*

Remarque : Seuls seront acceptés les rapports des professionnels de la santé qualifiés pour émettre un diagnostic.

Parent/ tuteur — Nom | Prénom

Rue | App

Ville | Code postal

Téléphone résidence

Autre numéro de téléphone

Courriel

Travailleur — Nom | Prénom

Rue | App

Ville

Téléphone

Êtes-vous membre d'Autisme Ontario ? O | N | Nom de la section

Remarque : Il n'est pas nécessaire d'être membre d'Autisme Ontario pour être admissible à ce fonds.

Ci-joint le document suivant :

1. ☐ Preuve de diagnostic (copie claire et lisible)

   OU

   ☐ Le diagnostic est déjà dans les dossiers d'Autisme Ontario

2. ☐ Cette demande dûment remplie et signée

Processus de présentation d'une demande :

1. Autisme Ontario accepte maintenant les demandes de participation au Fonds pour un minimum de 500 familles choisies au hasard.
2. Veuillez remplir votre demande, la signer et nous la poster avec copie du diagnostic. (vous recevrez une lettre accusant réception de celle-ci.)
3. Autisme Ontario informera toutes les familles requérantes si elles ont été choisies au hasard ou non pour recevoir des fonds, et cet avis leur sera envoyé avant le 30 juin 2020. Si votre famille est choisie, vous recevrez des directives supplémentaires concernant la marche à suivre pour présenter des reçus admissibles avant le 18 septembre 2020. Sur réception de tous les documents exigés, Autisme Ontario vous fera parvenir un remboursement maximum de 600 $ dans les 30 jours ouvrables suivants.

Remarque:

1. Autisme Ontario versera un remboursement maximum de 600 $ par enfant ou par adolescent pour les coûts déboursés par leur parent ou tuteur qui ont fait appel aux services d'un travailleur de soutien individuel pour leur enfant (ce travailleur doit être âgé de 18 ans ou plus) de leur enfant ou leur adolescent (jusqu'à l'âge de 18 ans), c'est-à-dire entre juillet et août 2020.
2. Les chèques de remboursement ne seront pas envoyés avant qu'Autisme Ontario n'ait reçu tous les documents exigés (preuve du diagnostic, demande signée et reçu original).
3. Selon les lignes directrices émises par l'Agence du revenu du Canada, il n'est pas nécessaire d'être membre d'Autisme Ontario pour avoir accès au Fonds. Cependant, les sommes disponibles sont destinées exclusivement aux enfants ou adolescents qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Dégagement de responsabilité

Je comprends qu'aucune information ne sera divulguée sans mon autorisation. Je tiendrai Autisme Ontario indemne et à couvert ainsi que chacun de ses administrateurs, directeurs, employés, bénévoles et représentants de toute poursuite ou réclamation, incluant, mais sans limitation, les frais légaux et comptables raisonnables, présumés attribuables ou résultant de mon utilisation du financement familial. Je sais qu'Autisme Ontario n'appuie ni n'endosse aucun camp ou programme en particulier. Je sais aussi qu'Autisme Ontario n'appuie ni ne forme aucune des personnes qui proposent des services de soutien individuel à mon enfant. (Autisme Ontario se conforme à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Pour consulter la politique de con identialité d'Autisme Ontario, veuillez visiter son site web à l'adresse suivante : www.autismontario.com.)

J'atteste du dégagement de responsabilité ci-dessus et je certifie, au meilleur de ma capacité, que les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques, exacts et complets. En foi de quoi je signe :

Signature du parent ou du tuteur : _____ Date: _____

Prière de poster tous les documents à Autisme Ontario, à l'attention de Ginny Kontosik, 1179 rue King Ouest, bureau 004, Toronto, Ontario M6K 3C5 tél : 416-246-9592 poste 225 télécopie : 416-246-9417 ginny@autismontario.com

Application Received D | M | Y — Diagnosis Received — Application Approved — Amount Approved — Cheque # — Cheque Date D | M | Y

APP # — Authorized — D | M | Y — Authorized — D | M | Y