Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave

Aperçu

Le Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG) fournit un soutien financier mensuel et des prestations aux familles admissibles dont le **revenu familial**[1] est inférieur ou égal à 77 640 $ (en fonction de la taille de la famille et d'autres facteurs) pour les aider à couvrir les **frais exceptionnels**[2] liés aux soins prodigués à un enfant de moins de 18 ans qui a un **handicap grave**[3] et qui vit à la maison avec elles. Les parents et tuteurs éligibles peuvent recevoir entre 25 $ et 678 $ par mois pour les aider à faire face aux coûts liés au handicap.

Plusieurs facteurs déterminent l'admissibilité et le montant de l'aide reçue.

Si vous souhaitez présenter une demande pour plus d'un enfant, vous devrez remplir une demande séparée pour chaque enfant.

Pour obtenir des explications concernant les termes utilisés dans la présente demande, consultez l'annexe A : Définitions.

Admissibilité liée au revenu

Vous pourriez être admissible au programme si le revenu total de votre ménage est de 77 640 $ ou moins. Vous devez également satisfaire à d'autres critères d'admissibilité.

Autres critères d'admissibilité

Votre admissibilité et le montant de l'aide que vous recevez dans le cadre du programme sont établis en fonction du montant du revenu de votre ménage, ainsi que des facteurs suivants :

- la taille du ménage
- la gravité du handicap de l'enfant
- les **frais exceptionnels**[2] liés au handicap de l'enfant

Admissibilité

Pour présenter une demande au Programme d'AEHG, vous devez être l'**aidant principal**[4] de l'enfant et l'enfant doit :

- être âgé de moins de 18 ans
- avoir un **handicap grave**[3] étayé par des documents médicaux
- être un résident de l'Ontario vivant avec l'**aidant principal**[4]
- avoir des **frais exceptionnels**[2] permanents liés au handicap

Si vous avez un arrangement de **garde partagée**[5] et que l'enfant est sous votre garde pendant une partie du temps, le bureau régional du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (le Ministère) communiquera avec vous pour vous demander des détails sur votre situation après la soumission de votre demande.

Les touristes et les visiteurs qui sont au Canada pour une courte période de temps ou à des fins temporaires ne sont pas admissibles au Programme d'AEHG.

Avant de présenter une demande

On vous demandera de fournir des renseignements sur :

- la personne ou l'agence qui vous aide à remplir votre demande (le cas échéant), tels que son nom complet, son numéro de téléphone et son adresse courriel
- vous, l'enfant, votre conjoint(e) (le cas échéant) et un suppléant (le cas échéant), tels que son nom complet, son adresse et son numéro de téléphone
- votre **revenu familial**[1] total
- un questionnaire médical et fonctionnel permettant d'évaluer le handicap de l'enfant
- un résumé des **frais exceptionnels**[2] liés au handicap de l'enfant

Le Ministère exigera le consentement de toutes les personnes incluses dans cette demande pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de leurs renseignements. Cela comprend votre consentement, celui de l'enfant, de votre conjoint(e) (le cas échéant) et du suppléant (le cas échéant).

Pour remplir la demande, vous aurez besoin du :

© King's Printer for Ontario, 2026

- numéro de la carte Santé de l'enfant
- numéro d'assurance sociale (NAS) pour vous et votre conjoint(e) (le cas échéant)

Dans le cadre de votre demande, vous devrez joindre :

- une **preuve de votre statut d'immigrant ou de votre citoyenneté au Canada** (p. ex. votre certificat de naissance de l'Ontario ou d'une autre province ou d'un autre territoire canadien, votre Certificat du statut d'Indien, votre citoyenneté canadienne, votre passeport canadien, votre carte de résident permanent ou une lettre d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada)
- une **preuve de votre résidence en Ontario** (p. ex. votre permis de conduire de l'Ontario, votre carte Santé de l'Ontario, une carte-photo de l'Ontario valide, un contrat de location ou un bail, un relevé d'impôt foncier, une facture de services publics ou un relevé de dépôt direct pour le programme Ontario au travail ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées)
- une **preuve du statut d'immigrant ou de la citoyenneté canadienne de l'enfant** (p. ex. le certificat de naissance de l'enfant en Ontario ou dans une autre province ou un autre territoire canadien, le Certificat du statut d'Indien, la citoyenneté canadienne, le passeport canadien, la carte de résident permanent ou une lettre d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada)
- une copie de la carte Santé de l'Ontario de l'enfant
- une copie des **documents médicaux et justificatifs**[13] de l'enfant qui fournit des détails et une vérification de son état de santé et de son handicap
- une copie des pages 1 et 2 de votre plus récent **avis de cotisation (ADC) de l'Agence du revenu du Canada (ARC)**[12] pour vous et votre conjoint(e) (le cas échéant)
- une copie de votre plus récent **avis de l'allocation canadienne pour enfants (ACE)**[14] (doit inclure toutes les pages)

Si vous ne recevez pas l'ACE, le bureau régional du Ministère communiquera avec vous pour vous demander des détails sur votre situation après la soumission de votre demande.

Vous ne pouvez soumettre qu'une seule demande pour l'enfant. Les demandes en double entraîneront des retards de traitement.

Soumettre votre demande

Une fois votre demande remplie, vous pouvez l'envoyer au bureau régional du Ministère de votre localité ainsi que les documents requis. Pour obtenir la liste des bureaux régionaux du Ministère et leurs coordonnées, veuillez consulter le site https://www.ontario.ca/fr/page/bureaux-regionaux-du-ministere-des-services-lenfance-et-des-services-sociaux-et-communautaires.

Ce formulaire est également disponible en anglais.

Après avoir soumis votre demande

Le Ministère examinera votre demande pour déterminer si vous êtes admissible au Programme d'AEHG et vous informera par écrit de sa décision concernant votre demande.

Le Ministère peut communiquer avec vous pour obtenir des éclaircissements ou des renseignements supplémentaires, y compris des documents médicaux à l'appui, le cas échéant.

Avis de collecte de renseignements personnels

Pour traiter votre demande au Programme d'AEHG, le Ministère recueillera des renseignements sur vous, l'enfant, votre conjoint(e) (le cas échéant) et un suppléant (le cas échéant), conformément au paragraphe 38(2) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et à l'article 49 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*.

Ces renseignements seront utilisés aux fins suivantes :

- vérifier l'identité
- gérer le dossier de l'enfant
- déterminer votre admissibilité à un financement et celle de l'enfant
- fournir un financement

Apprenez-en davantage sur la collecte de renseignements personnels et leur utilisation à l'annexe B : Avis de collecte de renseignements personnels.

Obtenir de l'aide avec votre demande

Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande, vous pouvez contacter :

- les agences communautaires
- **les professionnels de la santé**[6]
- les travailleurs sociaux
- la famille ou les amis
- d'autres personnes susceptibles de participer aux soins et au traitement réguliers de l'enfant

Si vous avez des questions concernant cette demande, veuillez communiquer avec le bureau régional du Ministère de votre localité : https://www.ontario.ca/fr/page/bureaux-regionaux-du-ministere-des-services-lenfance-et-des-services-sociaux-et-communautaires

Ontario

Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

1. Aide pour remplir la demande

Si une personne vous aide à remplir cette demande, veuillez fournir ses coordonnées ci-dessous.

Prénom	Nom de famille

Nom de l'agence ou de l'organisation (le cas échéant)

Numéro de téléphone	Adresse courriel

2. Renseignements sur le demandeur

Le demandeur doit être l'**aidant principal**[4] de l'enfant, c'est-à-dire son parent, son tuteur ou tout principal responsable de ses soins et de son éducation.

Prénom *	Nom de famille *

Relation avec l'enfant *

☐ Parent ☐ Aidant ☐ Tuteur

Numéro de téléphone principal *	Autre numéro de téléphone

Adresse courriel (Le ministère utilisera cette adresse électronique pour communiquer avec vous au sujet de votre candidature) *	Date de naissance (aaaa/mm/jj) *

Vous êtes dans une situation de **garde partagée**[5]? *

☐ Oui (Le bureau régional du Ministère communiquera avec vous pour obtenir plus de renseignements sur votre situation après la soumission de votre demande.)

☐ Non

Numéro d'assurance sociale *

Renseignements sur l'adresse

Fournissez votre adresse domiciliaire.

Numéro et nom de la rue *	Case postale (le cas échéant)	Route rurale (le cas échéant)

Ville *	Province *	Code postal *

3. Renseignements sur le/la conjoint(e)

Si vous avez actuellement un(e) conjoint(e), veuillez fournir ses renseignements ci-dessous.

Prénom	Nom de famille

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro de téléphone principal	Autre numéro de téléphone (facultatif)

Adresse courriel	Numéro d'assurance sociale

© King's Printer for Ontario, 2026

4. Renseignements sur les enfants

Prénom *	Second prénom
Nom de famille *	Date de naissance (aaaa/mm/jj) *

Quelle est l'**identité de genre**[8] actuelle vécue de l'enfant? *

- ☐ Femme/fille
- ☐ Homme/garçon
- ☐ Genre non-binaire
- ☐ Transgenre (femme/fille)
- ☐ Transgenre (homme/garçon)
- ☐ Bispirituel
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas le dire
- ☐ Autre identité de genre - Veuillez préciser : _____

Numéro de la carte santé de l'Ontario *

☐ L'enfant est un demandeur d'asile et n'a pas de carte santé de l'Ontario.

L'enfant réside-t-il actuellement ou résidera-t-il dans un hôpital, une institution ou un foyer de groupe? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » ci-dessus, veuillez répondre aux trois questions suivantes :

Admission prévue ou date d'admission (aaaa/mm/jj)	**Date de sortie prévue (aaaa/mm/jj)**

Veuillez fournir des détails supplémentaires.
Parmi les exemples de renseignements supplémentaires, on peut citer le nom de l'hôpital, de l'institution ou du foyer de groupe, le motif de l'admission, etc.

5. Renseignements sur le suppléant

Si vous souhaitez ajouter un suppléant pour l'enfant, veuillez fournir ses renseignements ci-dessous. Le suppléant peut être un parent, un tuteur, un membre de la famille ou un ami de la famille.

Prénom	Nom de famille

Relation avec l'enfant

- ☐ Parent
- ☐ Tuteur
- ☐ Membre de la famille
- ☐ Ami de la famille

Numéro de téléphone principal	Autre numéro de téléphone (facultatif)

Adresse courriel

6. Renseignements sur les autres enfants

Combien de personnes font partie de votre famille immédiate (y compris vous, le demandeur)? *

© King's Printer for Ontario, 2026

Votre famille immédiate compte-t-elle d'autres enfants de moins de 18 ans qui vivent actuellement dans votre ménage? *

- [ ] Oui
- [ ] Non

Si vous avez répondu « Oui » ci-dessus, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

Veuillez indiquer le nombre d'enfants de moins de 18 ans de votre famille immédiate qui vivent actuellement dans votre ménage.	**Veuillez indiquer l'âge de chaque enfant de moins de 18 ans qui vit actuellement dans votre ménage.**

7. Renseignements financiers

Recevez-vous actuellement de l'aide du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)**? *

- [ ] Oui (Vous ne devez pas joindre votre **avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC)**[12] ni celui de votre conjoint, le cas échéant)
- [ ] Non

**Pour en savoir plus sur le programme Ontario au travail ou le POSPH, consultez le site www.ontario.ca/fr/page/aide-sociale.

Si vous avez répondu « Non » ci-dessus, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

Quel est votre **revenu familial**[1] actuel?

Si vous et (ou) votre conjoint(e) (le cas échéant) n'avez pas produit votre déclaration de revenus ou vous l'avez produit, mais vous attendez une réponse, vous pouvez toujours présenter une demande au Programme d'AEHG. Le Ministère communiquera avec vous pour vous demander plus de renseignements.

Le Ministère a besoin de votre plus récent **avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC)**[12] et de celui de votre conjoint(e) (le cas échéant) pour vérifier votre **revenu familial**[1] et déterminer votre admissibilité au Programme d'AEHG.

Avez-vous votre plus récent **avis de cotisation de l'ARC**[12] et celui de votre conjoint(e) (le cas échéant)?

- [ ] Oui (Vous devrez joindre à cette demande une copie de votre plus récent avis de cotisation de l'ARC et de celui de votre conjoint(e) [le cas échéant].)
- [ ] Non (Vous devrez joindre à cette demande une liste détaillée de votre revenu actuel. Voici quelques exemples de documents acceptables : relevé d'emploi, talon de chèque de paie le plus récent, relevés d'assurance-emploi [AE], etc.)

Si vous avez répondu « Oui » et que votre **revenu familial**[1] actuel est très différent de votre plus récent **avis de cotisation de l'ARC**[12], veuillez répondre à la question suivante :

Veuillez expliquer pourquoi votre **revenu familial**[1] a changé. Si vous ou votre conjoint (le cas échéant) recevez la Prestation canadienne pour les personnes handicapées, veuillez nous en informer dans la section « Explications » ci-dessous et indiquer le montant que vous recevez. Les sommes reçues au titre de la Prestation n'auront aucune incidence sur votre admissibilité ou sur le montant qui vous sera versé dans le cadre du programme AEHG.

Vous devrez également joindre à cette demande une liste détaillée de vos revenus actuels. Voici quelques exemples de documents acceptables : relevé d'emploi, talon de chèque de paie le plus récent, relevés d'assurance-emploi (AE), avis du gouvernement du Canada concernant votre admissibilité à la Prestation canadienne pour les personnes handicapées et le montant de celle-ci, etc.

8. Questionnaire médical et fonctionnel

Le questionnaire médical et fonctionnel recueille des renseignements sur l'état de santé et le handicap de l'enfant, le traitement et les interventions en cours et sa capacité à fonctionner dans les activités de la vie quotidienne. Ces renseignements permettront de déterminer si l'enfant répond aux critères de **handicap grave**[3] pour le Programme d'AEHG.

Veuillez joindre à cette demande les **documents médicaux et justificatifs**[13] concernant l'état de santé et le handicap de l'enfant. Voici quelques exemples de documents médicaux et justificatifs :

- évaluations des capacités fonctionnelles
- dossiers hospitaliers/rapports médicaux
- rapports des spécialistes
- rapports psychologiques
- rapport du Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR)

Ces documents médicaux et justificatifs sont exigés pour vérifier le handicap de l'enfant. Ces renseignements nous aideront à prendre une décision éclairée.

Veuillez remplir le questionnaire suivant. Si vous avez besoin d'aide pour répondre aux questions, vous pouvez vous adresser à un membre de votre famille, à un ami, à un **professionnel de la santé**[6], à un travailleur social ou à une agence impliquée dans la prise en charge de l'enfant.

Section A : Pose des questions sur l'état de santé de l'enfant, son handicap, les traitements et interventions connexes, y compris les médicaments.

Quels sont l'état de santé et le handicap de l'enfant? *

Quel est l'impact du handicap et de l'état de santé de l'enfant sur sa vie quotidienne dans les contextes suivants?
À la maison : *

Dans la communauté : *

À l'école (le cas échéant) :

L'enfant a-t-il eu besoin d'un traitement ou d'autres interventions d'un fournisseur de soins de santé au cours de l'année écoulée ou est-il sur une liste d'attente pour un traitement (par exemple, d'un médecin, d'une infirmière, d'un orthophoniste, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, d'un thérapeute du comportement, etc.)? *

- [ ] Oui
- [ ] Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des détails supplémentaires.

L'enfant a-t-il eu besoin de visites régulières ou continues dans une clinique, un hôpital ou un centre de traitement ou de réhabilitation au cours de l'année écoulée? *

- [ ] Oui
- [ ] Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des détails supplémentaires.

L'enfant a-t-il besoin de services, de soutiens ou d'appareils et accessoires fonctionnels? (par exemple, fauteuil roulant, aides auditives et visuelles, aide personnelle, soins de relève, etc.) *

- [ ] Oui
- [ ] Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des détails supplémentaires.

L'enfant prend-il des médicaments? *

- [ ] Oui
- [ ] Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir le nom des médicaments, y compris la fréquence et la posologie.

© King's Printer for Ontario, 2026

Section B : Pose des questions sur les aptitudes fonctionnelles de l'enfant à la vie quotidienne; veuillez répondre par oui ou non

Mental, émotionnel, comportemental

La capacité de l'enfant à effectuer des activités quotidiennes adaptées à son âge est-elle gravement affectée par une déficience cognitive, développementale ou mentale? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant fait-il preuve d'une interaction appropriée à son âge avec ses pairs? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant fait-il preuve d'une interaction appropriée à son âge avec les adultes? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant présente-t-il des interactions sociales adaptées à son âge? (par exemple, dire s'il vous plaît et merci, s'excuser, jouer en parallèle, etc.) * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il besoin d'une surveillance en dehors de sa tranche d'âge? (par exemple, sécurité, danger, règles, etc.) * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant suit-il les instructions? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant présente-t-il des comportements à la maison, à l'école ou dans la communauté qui sont considérés comme inappropriés pour son âge, ou des comportements qui sont considérés comme perturbateurs ou difficiles (par exemple, difficulté avec les changements de routine, inattention, agressivité, destructivité ou automutilation)? * ☐ Oui ☐ Non

Compétences en communication

L'enfant a-t-il des capacités d'élocution et de langage adaptées à son âge? (par exemple, un seul mot, des phrases courtes ou des phrases complètes) * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il de la difficulté à parler? (par exemple, bégaiement, zézaiement ou retard de langage) * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant est-il non-verbal? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant utilise-t-il des appareils médicaux ou des équipements spécialisés pour communiquer? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant utilise-t-il le langage des signes pour communiquer? * ☐ Oui ☐ Non

Audience

L'enfant a-t-il de la difficulté à entendre? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant utilise-t-il des appareils auditifs ou des implants cochléaires? * ☐ Oui ☐ Non

Vision

L'enfant souffre-t-il d'une déficience visuelle? * ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » ci-dessus, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

Veuillez sélectionner les éléments suivants qui s'appliquent à l'enfant. ☐ L'enfant est légalement aveugle. ☐ L'enfant est malvoyant.

L'enfant utilise-t-il des aides visuelles (par exemple, des lunettes)? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il besoin d'autres supports visuels tels que le braille, la canne blanche, le chien-guide ou tout autre support? * ☐ Oui ☐ Non

Mobilité

L'enfant est-il capable de se déplacer à un niveau adapté à son âge? (par exemple, marcher, courir, monter des escaliers) * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant utilise-t-il un fauteuil roulant, un déambulateur, une prothèse, une canne ou d'autres aides à la mobilité? * ☐ Oui ☐ Non

L'enfant est-il confiné au lit? * ☐ Oui ☐ Non

© King's Printer for Ontario, 2026

Habillage

L'enfant peut-il s'habiller et se déshabiller seul? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant peut-il défaire les boutons, fermer les fermetures éclair et faire ses lacets tout seul? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il besoin de vêtements spéciaux ou de chaussures spéciales? *	☐ Oui	☐ Non

Hygiène

L'enfant a-t-il des habitudes d'hygiène personnelle adaptées à son âge? (par exemple, bien se laver les mains) *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant maîtrise-t-il son élimination des déchets corporels (par exemple, a-t-il été mis à propre pour son âge)? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant est-il capable d'aller aux toilettes tout seul (selon son âge)? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant doit-il utiliser des couches ou des couches-culottes en dehors ceux de la tranche d'âge prévue? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il besoin d'un autre équipement tel que des poches urinaires, des poches de colostomie, etc.? *	☐ Oui	☐ Non

Alimentation et nutrition (habitudes alimentaires, alimentation)

L'enfant est-il capable de se nourrir et de boire à un niveau adapté à son âge? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant est-il capable de se nourrir seul? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant est-il capable de boire tout seul dans un gobelet? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant est-il capable de couper sa propre nourriture? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il besoin d'ustensiles ou d'aides alimentaires spécialement conçus? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant doit-il être nourri par sonde? *	☐ Oui	☐ Non

Scolarité

L'enfant est-il scolarisé? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il des difficultés avec les compétences scolaires de base comme lire, écrire ou compter? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il besoin d'un programme d'éducation spéciale (tel qu'un plan d'éducation individuel)? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant a-t-il besoin d'un équipement spécial d'apprentissage/de développement? *	☐ Oui	☐ Non
L'enfant bénéficie-t-il des services d'un assistant en éducation à l'école? *	☐ Oui	☐ Non

Y a-t-il d'autres renseignements que vous aimeriez partager sur le handicap de l'enfant, ses aptitudes fonctionnelles à la vie quotidienne et l'impact de ce handicap sur sa vie quotidienne?

© King's Printer for Ontario, 2026

9. Dépenses liées au handicap

Veuillez fournir une estimation des **frais exceptionnels**[2] associés aux soins de l'enfant handicapé au cours de l'année. Les dépenses doivent être directement liées au handicap de l'enfant.

Veuillez fournir les dépenses dans les sections applicables.

Le Ministère examinera le total de vos **frais exceptionnels**[2] et de votre **revenu familial**[1] pour déterminer votre admissibilité et le montant de l'aide. Vous pouvez avoir le droit de recevoir un montant maximal de 678 $ par mois au nom de l'enfant atteint d'un **handicap grave**[3].

On pourrait vous demander de vérifier ces dépenses. Veuillez conserver tous les reçus.

Veuillez ne pas inclure les dépenses liées au handicap qui sont financées par une assurance de responsabilité civile ou d'autres programmes. Par exemple, les coûts qui sont couverts par une assurance privée, le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) du ministère de la Santé, le programme Ontario au travail ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH).

A. Transport, hébergement et repas

Indiquez les frais de voyage pour accompagner l'enfant aux soins médicaux ou au traitement, ainsi que les frais d'hébergement et de repas associés. Les frais de visite de l'enfant ne sont pas inclus.

Si votre mode de transport pour vous rendre à un endroit varie, veuillez indiquer séparément les coûts de chaque mode de transport (par exemple, si vous vous rendez à un endroit en voiture pour certains déplacements et en bus pour d'autres, indiquez des coûts séparés pour chaque mode de transport).

Veuillez conserver tous vos reçus, car il se peut que l'on vous demande de les présenter.

Si vous habitez dans la région du Nord**, recevez-vous actuellement des fonds du Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales?

- ☐ Oui, je reçois actuellement des fonds du Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales.
- ☐ Non, j'ai présenté une demande au Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales et j'attends une réponse.
- ☐ Non, je n'ai pas présenté de demande au Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales.

**La région du Nord dessert les zones suivantes : Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin-Sudbury, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sault Ste. Marie, Sudbury, Thunder Bay, Timiskaming

Voyage en voiture

**Si vous êtes dans la région du Centre, de l'Est, de l'Ouest ou de Toronto, utilisez le taux kilométrique de 0,40 $/km. Si vous êtes dans la région du Nord, utilisez le taux kilométrique de 0,41 $/km.

		A	B	C	D	
Nom du professionnel de la santé/hôpital/clinique/ centre de traitement/ programme et adresse de destination	**Motif du voyage**	**Nombre de kilomètres par trajet aller-retour**	**Nombre de voyages par an par voiture**	**Coût moyen du stationnement par trajet (le cas échéant)**	**Nombre de trajets pour lesquels vous payez des frais de stationnement dans l'année (le cas échéant)**	**Coût total annuel des déplacements vers cet endroit par voiture = A x taux kilométrique** x B + (C x D)**
Exemple : Sick Kids Hospital - 555, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X8	Rendez-vous médical	30 km	10	10,00 $	2	30 km x 0,40 $/km x 10 + (10 $ x 2) = 140 $

Voyage en train, en bus, en taxi ou en avion

			A	B	
Nom du professionnel de la santé/hôpital/clinique/centre de traitement/programme et adresse de destination	**Motif du voyage**	**Mode de transport (avion, bus, taxi, train)**	**Coût estimé du tarif pour un voyage aller-retour**	**Nombre de voyages par an par ce mode de transport**	**Coût total annuel des déplacements vers cet endroit par ce mode de transport = A x B**
Exemple : Hôpital Sick Kids – 555, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X8	Rendez-vous médical	Train	20,00 $	5	20 $ x 5 = 100 $

Frais d'hébergement

Les frais d'hébergement sont les frais engagés si vous devez passer la nuit sur place pour les soins médicaux ou le traitement de l'enfant en dehors de la ville.

	A	B		
Nom du professionnel de la santé/ hôpital/clinique/centre de traitement/ programme et adresse de destination	**Nombre de nuits passées dans l'année**	**Coût estimé par nuit**	**Raison de votre séjour**	**Coût total annuel de l'hébergement pour les déplacements vers cet endroit = A x B**
Exemple : Hôpital Sick Kids – 555, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X8	5	200,00 $	Rendez-vous médical	5 x 200 $ = 1000 $

© King’s Printer for Ontario, 2026

Frais de repas

Les frais de repas sont les frais engagés pour le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner de l'enfant et de la personne qui s'occupe de lui pendant les soins médicaux ou le traitement de l'enfant à l'extérieur de la ville.

	A	B	C	
Nom du professionnel de la santé/ hôpital/clinique/centre de traitement/ programme et adresse de destination	**Frais de repas** **• Petit-déjeuner (5,00 $)** **• Déjeuner (8,00 $)** **• Dîner (15,00 $)**	**Nombre de personnes (les frais de repas ne sont pris en compte que pour l'enfant et la personne qui s'en occupe)**	**Nombre de fois où vous payez ce repas dans l'année**	**Coût total annuel des repas pour les déplacements vers cet endroit = A x B x C**
Exemple : Hôpital Sick Kids – 555, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1X8	Petit-déjeuner (5,00 $)	2	5	5,00 $ x 2 x 5 = 50 $

Garde des frères et sœurs

Indiquez le coût de la garde des autres enfants de votre famille (âgés de moins de 12 ans) pour assister à des rendez-vous ou à des réunions liés au handicap de l'enfant.

Nombre total d'heures de garde des frères et sœurs dans l'année	**Coût moyen par heure de garde des frères et sœurs**	**Coût annuel total (nombre total d'heures dans l'année x coût moyen par heure)**

Vêtements supplémentaires

Fournissez les coûts des vêtements supplémentaires requis en raison du handicap de l'enfant et au-delà de ce que chaque aidant est responsable d'acheter pour ses enfants.

Les vêtements peuvent être, par exemple, des pantalons, des hauts, des chaussettes, des chemises, des sous-vêtements, des vestes et des habits de neige.

Les justifications des coûts supplémentaires liés aux vêtements peuvent inclure l'usure des vêtements due aux chutes ou aux frottements, l'utilisation de vêtements spéciaux en raison de besoins sensoriels, la salissure fréquente des vêtements qui nécessite plusieurs changements de vêtements par jour et les accidents d'énurésie.

Estimation du coût annuel total des vêtements supplémentaires	**Justification des vêtements supplémentaires**

Linge supplémentaire

Fournissez les coûts du linge de maison supplémentaires requis en raison du handicap de l'enfant et au-delà de ce que chaque aidant est responsable d'acheter pour ses enfants.

Les exemples de linge de maison (s'il y a plus de 2 ensembles par an) pourraient inclure les draps de lit, les matelas ou draps, les couvertures, les bavoirs, la confection, les serviettes, les taies d'oreiller, les oreillers et les couettes.

Les coûts supplémentaires liés au linge de maison peuvent être justifiés par des accidents liés à l'énurésie et par l'usure due au frottement.

Estimation du coût annuel total du linge de maison supplémentaire	**Justification du linge de maison supplémentaire**

Couches/produits pour l'incontinence

Indiquez les coûts des couches et des fournitures pour l'incontinence non couverts par la Société du timbre de Pâques de l'Ontario**.

Voici quelques exemples : couches, gants, lingettes et couches d'apprentissage.

Si vous recevez une aide du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), l'enfant peut être admissible à des prestations liées à la santé. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'agent chargé de votre dossier.

**Si l'enfant a un handicap chronique (physique ou développemental) et qu'il a besoin de produits pour l'incontinence, veuillez communiquer avec la Société du timbre de Pâques de l'Ontario à l'adresse https://services.easterseals.org/incontinence-supplies-grant/ ou au 1-888-377-5437 pour faire une demande de subvention pour produits pour l'incontinence.

Article	**Coût mensuel estimé de l'article**
Coût annuel total (Coûts mensuels total x 12 mois)	

Recevez-vous actuellement un financement de la Société du timbre de Pâques de l'Ontario pour les couches? (le cas échéant)

- ☐ Oui, je reçois actuellement des fonds de la Société du timbre de Pâques de l'Ontario.
- ☐ Non, j'ai présenté une demande de financement à la Société du timbre de Pâques de l'Ontario et j'attends une réponse.
- ☐ Non, je n'ai pas demandé de financement à la Société du timbre de Pâques de l'Ontario.

Si vous avez répondu « Oui » ci-dessus, veuillez répondre à la question suivante :

Montant total du financement reçu de la Société du timbre de Pâques de l'Ontario (ce montant sera soustrait de votre coût annuel total des couches)

Lessive supplémentaire

Indiquez les frais de lessive supplémentaires directement liés au handicap de l'enfant.

Les frais de lessive supplémentaires peuvent être justifiés par des accidents d'incontinence et des vêtements fréquemment souillés.

Le coût standard par charge est de 4,00 $.

Nombre de charges de lessive par semaine (pour cet enfant seulement)	**Justification du lessive supplémentaire**	**Coût annuel total (nombre de charges de lessive x 4,00 $ x 52 semaines)**

Chaussures, bottes et orthèses sur mesure

Indiquez les frais supplémentaires pour les chaussures, les bottes ou les orthèses sur mesure liées au handicap de l'enfant.

	A	B		
Article	**Nombre de paires achetées par an**	**Coût estimé par paire**	**Raison pour laquelle des articles supplémentaires sont requis**	**Coût annuel total de l'article = A x B**
Chaussures				
Bottes				
Orthèses sur mesure**			**Veuillez joindre à cette demande tout reçu pour des orthèses sur mesure.**	

** Veuillez indiquer la partie du coût qui n'est pas couverte par une assurance privée ou d'autres programmes (par exemple, Ontario au travail, Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, etc.).

Régime alimentaire spécial

Fournissez les coûts du ou des régimes alimentaires spéciaux liés au handicap de l'enfant, prescrits ou recommandés par un médecin, une infirmière praticienne ou une diététiste.

Si vous recevez actuellement une aide du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), l'enfant peut être admissible à une allocation pour régime alimentaire spécial. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'agent chargé de votre dossier.

L'enfant reçoit-il une allocation pour régime alimentaire spécial du programme Ontario au travail ou du POSPH? *

- ☐ Oui (Le Programme d'AEHG ne tiendra compte que du coût des régimes alimentaires spéciaux qui ne sont pas couverts par l'allocation pour régime alimentaire spécial.)
- ☐ Non

Détails sur le régime alimentaire spécial requis par l'enfant	**Coût mensuel total du régime alimentaire spécial**
Coût annuel total (Coûts mensuels total x 12 mois)	

Équipement et fournitures médicaux ou chirurgicaux

Fournissez les coûts de l'équipement et des fournitures médicaux ou chirurgicaux liés au handicap de l'enfant.

Il peut s'agir par exemple d'appareils de mobilité, d'aides à la communication, d'appareils auditifs, de lunettes spécialisées, de sacs d'alimentation et de réservoirs d'oxygène.

Si vous recevez des fonds du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) du ministère de la Santé, le Programme d'AEHG tiendra compte de votre part des coûts pour l'équipement et les fournitures approuvés qui ne sont pas couverts par le PAAF. Pour en savoir plus sur les fournitures ou l'équipement couverts par le PAAF, consultez le site www.ontario.ca/fr/page/programme-dappareils-accessoires-fonctionnels#section-2.

Description de l'équipement ou des fournitures médicaux ou chirurgicaux nécessaires**	**Coût annuel estimé de l'équipement ou des fournitures médicaux ou chirurgicaux *****

Coût annuel total	

** Veuillez inclure la quantité de la fourniture ou de l'équipement dans la description. Il peut s'agir par exemple d'appareils de mobilité, d'aides à la communication, d'appareils auditifs, de lunettes spécialisées, de sacs d'alimentation et de réservoirs d'oxygène.

*** Il devrait s'agir de la partie du coût qui n'est pas couverte par une assurance privée ou d'autres programmes (par exemple, Ontario au travail, Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, etc.)

Relève pour les familles

Fournissez le coût total de la relève des aidants rendu nécessaire par la gravité du handicap de l'enfant ou pour permettre aux aidants de consacrer plus de temps aux autres enfants de la famille. Veuillez tenir un registre des soins de relève.

Une personne qui s'occupe de l'enfant peut être un parent âgé de plus de 18 ans, un préposé aux soins de relève, un gardien d'enfants, un voisin, un ami de la famille, etc.

Nombre d'heures par mois pour tous les soins de relève fournis	**Coût estimé par heure**	**Nombre de mois de soins de relève fournis**

Coût annuel total (nombre d'heures x coût estimé par heure x nombre de mois)

Programmes sociaux

Fournissez les coûts des programmes sociaux qui encouragent la socialisation ou la stimulation physique.

Il peut s'agir par exemple de programmes communautaires tels que des programmes de loisirs, des cours de natation et de soccer.

Veuillez inclure les détails et les coûts si vous prévoyez également d'inscrire l'enfant à des programmes sociaux.

Nom du programme social	**Coût annuel du programme social**
Coût annuel total	

Camp

Fournissez le coût des camps pour les enfants handicapés.

Nom du camp	**Coût réel du camp (hors subvention)**
Coût annuel total	

Garde d'enfants exceptionnelle

Fournissez les frais de garde de l'enfant handicapé (s'il est âgé de 12 ans ou plus) qui nécessite une surveillance permanente.

Nombre moyen d'heures par mois	**Coût moyen par heure**	**Total annuel des frais de garde d'enfants exceptionnelle (nombre moyen d'heures par mois x coût moyen par heure x 12 mois)**

Garderie ou école maternelle spécialisée

Fournissez le coût d'une garderie ou d'une école maternelle spécialisée utilisée pour améliorer les compétences sociales de l'enfant handicapé.

Description de la garderie ou de l'école maternelle spécialisée	Coût mensuel estimé	Coût annuel total (Coût mensuel estimé x 12 mois)

Équipement d'apprentissage spécial ou de développement

Fournissez les coûts de l'équipement d'apprentissage spécial ou de développement que vous achetez, plus précisément pour l'apprentissage et le développement de l'enfant.

Il peut s'agir par exemple de jouets éducatifs ou spécialisés, de vestes lestées, de couvertures lestées, de logiciels pour appareils électroniques et de casques antibruit.

Équipement ou article d'apprentissage spécial ou de développement	Coût annuel estimé de cet équipement ou article
Coût annuel total	

Autres dépenses

Fournissez tous les autres coûts non pris en compte dans les catégories ci-dessus qui sont directement liés au handicap de l'enfant.

Voici quelques exemples : chiens d'assistance, médicaments en vente libre, réparations à domicile et réparations d'équipement spécial.

Article	Justification	Coût estimé par an

Renseignements bancaires

Si vous êtes admissible au financement du Programme d'AEHG, le financement sera mis à votre disposition par dépôt direct ou par chèque.

Le dépôt direct est un moyen rapide, sûr et efficace de recevoir des paiements. Il est fortement recommandé d'utiliser le dépôt direct afin de recevoir les paiements directement par l'intermédiaire de votre institution financière sans avoir à recourir à la poste ou à des chèques à récupérer.

Si vous avez un compte bancaire dans une institution financière canadienne, vous pouvez obtenir un chèque annulé ou un formulaire de dépôt préautorisé en ligne ou en personne auprès de votre institution financière.

Si vous souhaitez recevoir les fonds du programme par dépôt direct, veuillez joindre un chèque annulé ou un formulaire de dépôt pré-autorisé à la présente demande.

Le chèque annulé ou le formulaire de dépôt pré-autorisé doit comprendre votre nom, le numéro de transit et de succursale, le numéro de l'institution financière et le numéro de compte. Le nom figurant sur le chèque annulé ou sur le formulaire de dépôt pré-autorisé doit correspondre à votre nom figurant dans la présente demande au Programme d'AEHG.

☐ Je confirme que les renseignements bancaires fournis dans la présente demande sont exacts et que je suis, en ma qualité de demandeur, le titulaire du compte sur lequel les fonds du Programme d'AEHG doivent être versés. *

Votre consentement est nécessaire pour déposer les fonds sur votre compte bancaire.

☐ Je consens à ce que mes renseignements personnels soient divulgués au Ministère des Services au public et aux entreprises et à l'institution financière nommée dans la présente demande pour que les fonds du Programme d'AEHG soient directement versés dans mon compte bancaire. *

Pièces jointes

Vous devez joindre les documents suivants à cette demande.
Veuillez noter que l'envoi de documents incorrects entraînera un retard dans le traitement de votre demande.

☐ Une preuve de votre statut d'immigrant ou de votre citoyenneté au Canada *
Une **preuve de votre statut d'immigrant ou de votre citoyenneté au Canada** (p. ex. votre certificat de naissance de l'Ontario ou d'une autre province ou d'un autre territoire canadien, votre Certificat du statut d'Indien, votre citoyenneté canadienne, votre passeport canadien, votre carte de résident permanent ou une lettre d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada)

☐ Une preuve de votre résidence en Ontario *
Une **preuve de votre résidence en Ontario** (p. ex. votre permis de conduire de l'Ontario, votre carte Santé de l'Ontario, une carte-photo de l'Ontario valide, un contrat de location ou un bail, un relevé d'impôt foncier, une facture de services publics ou un relevé de dépôt direct pour le programme Ontario au travail ou le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées)

☐ La preuve du statut d'immigrant ou de la citoyenneté de l'enfant au Canada *
Une **preuve du statut d'immigrant ou de la citoyenneté canadienne de l'enfant** (p. ex. le certificat de naissance de l'enfant en Ontario ou dans une autre province ou un autre territoire canadien, le Certificat du statut d'Indien, la citoyenneté canadienne, le passeport canadien, la carte de résident permanent ou une lettre d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada)

☐ Carte Santé de l'enfant *
Une copie de la carte Santé de l'Ontario de l'enfant (sauf si l'enfant est un demandeur d'asile et n'a pas de carte santé de l'Ontario)

☐ Les documents médicaux et justificatifs de l'enfant *
Une copie des **documents médicaux et justificatifs** de l'enfant qui fournit des détails et une vérification de son état de santé et de son handicap

☐ Votre **avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC)**[12] *
Une copie des pages 1 et 2 du plus récent avis de cotisation de l'ARC

☐ L'**avis de cotisation de l'ARC**[12] de votre conjoint(e) (le cas échéant)
Une copie des pages 1 et 2 du plus récent avis de cotisation de l'ARC pour votre conjoint(e) (le cas échéant)

☐ Votre allocation canadienne pour enfants (ACE) *
Une copie de votre plus récent **avis de l'allocation canadienne pour enfants (ACE)** (doit inclure toutes les pages)
Remarque : Si vous ne recevez pas l'ACE, le bureau régional du Ministère communiquera avec vous pour vous demander des détails sur votre situation après la soumission de votre demande.

Voici les autres documents que vous devrez peut-être joindre à cette demande (le cas échéant) :

☐ Une liste détaillée de votre revenu actuel
Voici quelques exemples de documents acceptables : relevé d'emploi, talon de chèque de paie le plus récent, relevés d'assurance-emploi (AE), etc.

© King's Printer for Ontario, 2026

☐ Reçus d'orthèses sur mesure

☐ Un chèque annulé ou un formulaire de dépôt pré-autorisé
Il doit comprendre votre nom, le numéro de transit ou de succursale, le numéro de l'institution financière et le numéro de compte.

Consentements

Consentement au recouvrement de paiements excédentaires d'AEHG

Pour recevoir une aide financière dans le cadre du Programme d'AEHG, vous devez accepter le recouvrement de tout paiements excédentaires qui vous a été versé.

Un paiement excédentaire est créé lorsque vous recevez une aide financière supérieure à celle à laquelle vous avez droit. Si vous recevez un paiement excédentaire, l'excédent peut être recouvré par des déductions de votre paiement mensuel régulier jusqu'à ce que le paiement excédentaire ait été recouvré.

Vous pouvez contribuer à éviter les paiements excédentaires potentiels en informant immédiatement le Ministère de tout changement de situation susceptible d'avoir une incidence sur votre droit, y compris les changements dans les dépenses liées au handicap ou le **revenu familial**[1].

En tant que personne recevant une aide financière dans le cadre du Programme d'AEHG, vous pouvez faire appel d'une décision relative à un paiement excédentaire et vous pouvez faire appel d'une décision de recouvrement d'un paiement excédentaire auprès du Tribunal de l'aide sociale. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'appel, veuillez communiquer avec le bureau régional du Ministère de votre localité (www.ontario.ca/fr/page/bureaux-regionaux-du-ministere-des-services-lenfance-et-des-services-sociaux-et-communautaires).

☐ Comme condition d'admissibilité à une aide financière dans le cadre du Programme d'AEHG, en tant que demandeur, je conviens que si un montant excédentaire d'aide financière m'a été accordé, le Ministère peut déduire ce montant de toute aide financière future fournie dans le cadre du Programme d'AEHG à laquelle je pourrais avoir droit. *

Consentement à la collecte et au partage de renseignements

Le Ministère exige le consentement de toutes les personnes incluses dans cette demande pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de leurs renseignements. Cela comprend votre consentement, celui de l'enfant, de votre conjoint(e) (le cas échéant) et du suppléant (le cas échéant).

Pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des **renseignements personnels**[10] et des **renseignements personnels sur la santé**[11] de l'enfant, vous devrez effectuer l'une des opérations suivantes :

a) Si l'enfant a moins de 16 ans **OU** est âgé de 16 ans ou plus et il n'a pas la **capacité**[9] de fournir un consentement éclairé, vous devrez donner votre consentement au nom de l'enfant.

OU

b) Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans et il a la capacité de donner un consentement éclairé, vous devrez attester que l'enfant a examiné et donné son consentement.

A. Consentement à la collecte et au partage de renseignements avec des tiers

Le consentement est requis pour **l'échange**[15] de vos renseignements personnels, de ceux de votre conjoint(e) (le cas échéant), des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé de l'enfant entre le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (le Ministère) et des tiers tels que :

- les agents de prestation du programme Ontario au travail et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) (si vous ou votre famille recevez des prestations au titre de ces programmes)
- un ministère du gouvernement du Canada, y compris l'Agence du revenu du Canada (ARC)
- un ministère du gouvernement de l'Ontario, y compris le ministère de la Santé
- tout organisme communautaire, organisation ou prestataire de services qui fournit des services aux enfants

Les objectifs de l'échange de vos renseignements personnels, de ceux de votre conjoint(e) (le cas échéant), et des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé de l'enfant :

- déterminer ou vérifier votre admissibilité initiale et continue, ainsi que celle de l'enfant, à une aide financière et à des prestations dans le cadre du Programme d'AEHG
- vérifier votre identité
- gérer votre dossier du Programme d'AEHG, y compris la vérification et la confirmation des dépenses liées au handicap de l'enfant et du handicap de l'enfant
- vérifier les renseignements qui ont une incidence sur votre admissibilité au Programme d'AEHG, comme votre revenu total figurant sur votre **avis de cotisation de l'ARC**[12]

- vérifier d'autres sources de revenus que vous pourriez recevoir

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je consens au partage de mes renseignements avec des tiers comme indiqué ci-dessus. *

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que mon/ma conjoint(e) a lu la déclaration et qu'il/elle consent au partage de ses renseignements avec des tiers comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

Cochez l'une des cases suivantes : *

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je donne mon consentement au nom de l'enfant pour l'échange de ses renseignements avec des tiers comme indiqué ci-dessus.

OU Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans ou plus et il a la capacité de donner un consentement éclairé, vous devrez attester que l'enfant a lu la déclaration et donné son consentement ci-dessous.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que l'enfant a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements à des tiers comme indiqué ci-dessus.

B. Consentement à la collecte et au partage de renseignements avec la personne ou l'agence qui vous aide à remplir la présente demande (le cas échéant)

Si une personne ou une agence vous aide à remplir la présente demande, le consentement est requis pour **l'échange**[15] de vos renseignements personnels, de ceux de votre conjoint(e) (le cas échéant) et des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé de l'enfant entre le Ministère et la personne ou l'agence pour qu'elle puisse vous aider à remplir la présente demande.

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je consens au partage de mes renseignements comme indiqué ci-dessus. *

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que mon/ma conjoint(e) a lu la déclaration et qu'il/elle consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

Cochez l'une des cases suivantes : *

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je donne mon consentement au nom de l'enfant pour l'échange de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

OU Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans ou plus et il a la capacité de donner un consentement éclairé, vous devrez attester que l'enfant a lu la déclaration et donné son consentement ci-dessous.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que l'enfant a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

Si vous avez ajouté un suppléant à cette demande, le Ministère a besoin de son consentement afin d'échanger ses renseignements personnels avec la personne ou l'agence qui vous aide à remplir cette demande.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que le suppléant a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

C. Consentements relatifs à votre conjoint(e) (le cas échéant)

Si vous avez un(e) conjoint(e), le Ministère a besoin de son consentement pour recueillir ses renseignements personnels auprès de vous et l'autoriser à utiliser ses renseignements personnels pour vérifier son identité et son revenu afin de conformer l'admissibilité au Programme d'AEHG.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que mon/ma conjoint(e) a lu la déclaration et qu'il/elle consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

Le consentement est requis pour divulguer vos renseignements personnels et les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé de l'enfant à votre conjoint(e) lorsque celui-ci/celle-ci communique avec le Ministère pour se renseigner sur votre dossier du Programme d'AEHG. Sans ce consentement, le Ministère ne peut pas divulguer vos renseignements ou ceux de l'enfant à votre conjoint(e).

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je consens au partage de mes renseignements comme indiqué ci-dessus. *

Cochez l'une des cases suivantes : *

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je donne mon consentement au nom de l'enfant pour l'échange de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

OU Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans ou plus et il a la capacité de donner un consentement éclairé, vous devrez attester que l'enfant a lu la déclaration et donné son consentement ci-dessous.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que l'enfant a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

Si vous avez ajouté un suppléant dans cette demande, le consentement de votre conjoint(e) est requis pour divulguer ses renseignements personnels au suppléant lorsque celui-ci communique avec le Ministère pour se renseigner sur la présente demande. Sans le consentement, le Ministère ne peut pas divulguer ses renseignements au suppléant.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que mon/ma conjoint(e) a lu la déclaration et qu'il/elle consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

D. Consentements relatifs au suppléant (le cas échéant)

Si vous avez ajouté un suppléant dans cette demande, le Ministère a besoin de son consentement pour recueillir ses renseignements personnels auprès de vous pour vérifier son identité lorsqu'il communique avec le Ministère pour se renseigner sur la présente demande.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que le suppléant nommé dans la présente demande a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus. *

Le consentement est requis pour divulguer vos renseignements personnels et les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé de l'enfant au suppléant lorsque celui-ci communique avec le Ministère pour se renseigner sur cette demande. Sans le consentement, vos renseignements et ceux de l'enfant ne pourront pas être partagés avec le suppléant.

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je consens au partage de mes renseignements comme indiqué ci-dessus. *

Cochez l'une des cases suivantes : *

☐ En ma qualité de demandeur, j'ai lu la déclaration et je donne mon consentement au nom de l'enfant pour l'échange de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

OU Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans ou plus et il a la capacité de donner un consentement éclairé, vous devrez attester que l'enfant a lu la déclaration et donné son consentement ci-dessous.

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que l'enfant a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus.

Si vous avez un(e) conjoint(e), le Ministère a besoin du consentement du suppléant pour divulguer ses renseignements personnels à votre conjoint(e) lorsqu'il/elle communique avec le Ministère pour poser des questions sur cette demande. Si votre conjoint(e) ne donne pas son consentement, le Ministère ne peut pas communiquer les renseignements personnels du suppléant à votre conjoint(e).

☐ En ma qualité de demandeur, j'atteste que le suppléant nommé dans la présente demande a lu la déclaration et qu'il consent au partage de ses renseignements comme indiqué ci-dessus (le cas échéant).

Attestation

☐ Je, _____ , certifie que : *

Nom du demandeur *

- l'enfant répond aux critères d'admissibilité du Programme d'AEHG (il a moins de 18 ans, il réside sous ma responsabilité, il est résident de l'Ontario et il a un handicap grave appuyé par des documents médicaux)
- à ma connaissance, je suis le seul demandeur à présenter une demande au Programme d'AEHG au nom de l'enfant
- les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et véridiques
- j'informerai le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de toute modification des renseignements que j'ai fournis ou de tout changement dans ma situation ou celle de l'enfant qui pourrait avoir une incidence sur l'admissibilité au Programme d'AEHG
- je comprends qu'il est illégal de fournir sciemment de fausses informations dans une demande au Programme d'AEHG. Si l'on soupçonne que de fausses informations ont été fournies afin d'être admissible au Programme d'AEHG, une enquête peut être ouverte à ma demande

© King's Printer for Ontario, 2026

Annexe A : Définitions

1. Le **revenu familial** correspond à la ligne « revenu total » indiquée sur l'avis de cotisation annuel de l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour le parent ou le tuteur et le conjoint (le cas échéant).
2. Les **frais exceptionnels** représentent les dépenses directement liées au handicap de l'enfant, par opposition aux dépenses normales pour maintenir l'enfant à domicile. Voici quelques exemples : déplacements pour les rendez-vous médicaux ou vers un ou plusieurs programmes spéciaux liés aux besoins particuliers de l'enfant, assistance aux familles, équipement d'apprentissage et de développement, fournitures médicales, etc.
3. Un **handicap grave** est une condition mentale, développementale ou physique qui limite sévèrement le développement de l'enfant ou sa capacité fonctionnelle à accomplir des tâches et des activités nécessaires dans sa vie quotidienne. La perte fonctionnelle fait référence à une perte majeure de la capacité, à un retard dans les étapes du développement ou à la capacité de s'engager dans toute activité appropriée à l'âge considérée comme nécessaire à une vie normale; les exemples incluent, sans toutefois s'y limiter, la mobilité, la communication, l'interaction sociale, l'auto-alimentation, l'habillage, l'hygiène et l'apprentissage.
4. L'**aidant principal** est la personne qui reçoit ou qui a le droit de recevoir l'allocation canadienne (ACE) pour enfants au nom de l'enfant. Il peut s'agir du parent de l'enfant, de son tuteur ou de tout principal responsable de ses soins et de son éducation.

   Lorsqu'aucune allocation canadienne pour enfants (ACE) ne peut être versée, l'aidant principal est la personne qui est principalement responsable des soins et de l'éducation de l'enfant. Cette personne a les responsabilités suivantes :

   - superviser les activités et les besoins quotidiens de l'enfant
   - s'assurer que les besoins médicaux de l'enfant sont satisfaits
   - organiser la garde au besoin
5. Si l'enfant passe la moitié du temps avec chaque parent, on peut considérer que les deux parents ont la **garde partagée**.
6. Un **professionnel de la santé** peut être un médecin, un psychologue, une infirmière praticienne, un ergothérapeute, un physiothérapeute ou toute autre personne susceptible de participer aux soins et au traitement réguliers de l'enfant.
8. L'**identité de genre** est l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres. L'identité de genre d'une personne peut correspondre ou non au genre généralement associé au sexe qui lui a été assigné à la naissance. L'identité de genre est fondamentalement différente de l'orientation sexuelle de la personne.
9. La **capacité** signifie qu'une personne est capable de :

   - comprendre les renseignements pertinents pour décider s'il faut consentir;
   - apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles du fait de donner, de retenir ou de retirer le consentement.
10. Les **renseignements personnels** sont des renseignements consignés concernant un individu identifiable. Cela comprend, sans toutefois s'y limiter, votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre adresse courriel, votre emploi et vos renseignements financiers.
11. Les **renseignements personnels sur la santé** comprennent l'identification de renseignements relatifs à la santé physique ou mentale d'une personne. Cela comprend, sans toutefois s'y limiter, les problèmes de santé, les diagnostics, les antécédents médicaux et les services de soins de santé accessibles.
12. Votre **avis de cotisation (ADC) de l'Agence du revenu du Canada (ARC)** est une évaluation de votre déclaration de revenus que l'ARC vous envoie chaque année après la production de votre déclaration de revenus. Il indique votre revenu total pour l'année d'imposition précédente. Ces renseignements sont nécessaires pour déterminer votre admissibilité au Programme d'AEHG.

    Si vous avez besoin de copies de votre avis de cotisation (ADC), veuillez y accéder par l'entremise de votre compte Mon dossier de l'ARC ou communiquer avec l'ARC au 1-800-959-7383.
13. Les **documents médicaux et justificatifs** peuvent provenir de tout professionnel de la santé, comme un médecin, un psychologue, un ergothérapeute, un physiothérapeute, une infirmière praticienne, un travailleur social, etc. Voici quelques exemples de documents médicaux et justificatifs :

    - évaluations des capacités fonctionnelles
    - dossiers hospitaliers/rapports médicaux
    - rapports des spécialistes
    - rapports psychologiques
    - rapport du Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR)
14. Si vous avez besoin de copies de votre **avis de l'allocation canadienne pour enfants (ACE)**, veuillez y accéder par l'entremise de votre compte Mon Dossier de l'Agence du revenu du Canada (ARC) ou communiquer avec l'ARC au 1-800-959-7383.

    Lorsqu'aucune allocation canadienne pour enfants (ACE) ne peut être versée, l'aidant principal est la personne qui est principalement responsable des soins et de l'éducation de l'enfant. Cette personne a les responsabilités suivantes :

    - superviser les activités et les besoins quotidiens de l'enfant
    - s'assurer que les besoins médicaux de l'enfant sont satisfaits
    - organiser la garde au besoin
15. L'**échange** de renseignements signifie la collecte indirecte de vos renseignements personnels et de ceux de l'enfant ainsi que des

renseignements personnels sur la santé auprès de tiers et la divulgation (p. ex. le partage ou la diffusion) de ces renseignements à des tiers.

16. Si vous recevez des fonds du **Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)** du ministère de la Santé, le Programme d'AEHG prendra en compte votre part des coûts pour l'équipement et les fournitures approuvés (par exemple, les aides à la mobilité, les appareils auditifs, les aides à la communication, les pompes d'alimentation entérale, les fournitures pour stomisés, etc.) qui ne sont pas couverts par le PAAF.

Annexe B : Avis de collecte de renseignements personnels

Le paragraphe 38(2) et les alinéas 39(1)a) et h) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31 (LAIPVP) et l'article 49 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* confèrent au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (le Ministère) le pouvoir de recueillir des **renseignements personnels**[10] et des **renseignements personnels sur la santé**[11].

Vos renseignements personnels et ceux de l'enfant, ainsi que les renseignements personnels sur la santé qui sont recueillis dans cette demande seront utilisés aux fins suivantes :

- vérifier l'identité, gérer le dossier individuel de l'enfant et déterminer l'admissibilité de l'enfant au Programme d'aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave (AEHG)
- déterminer votre admissibilité initiale et continue à une aide financière dans le cadre du Programme d'AEHG
- administrer le financement et traiter toutes les questions liées au financement

Ces renseignements seront recueillis dans le but de déterminer l'admissibilité de l'enfant au financement, aux soutiens et aux services.

Veuillez noter que le Ministère est lié par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (consultez le site www.ontario.ca/fr/lois/loi/90f31) et que tout renseignement recueilli par le Ministère peut être divulgué conformément à cette loi ou sur ordonnance d'une cour ou d'un tribunal.

Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels, communiquez avec ServiceOntario :

Numéro sans frais : 1 888 789-4199 du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h.

© King's Printer for Ontario, 2026