



Demande de soutien de l'emploi

Veillez écrire en lettres moulées :

N° de dossier du soutien du revenu
(réservé au bureau)

M. M^{me}

N° de bénéficiaire du soutien de l'emploi

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

Jour

Mois

Année

Vérifié *(réservé au bureau)*

Oui Non

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone / ATS
(domicile)

()

Téléphone (travail)

()

poste

Adresse courriel (facultatif)

Avez-vous l'autorisation légale de travailler au Canada?

Oui Non

Vérifié (*réservé au bureau*)

Oui Non

Veillez cocher la case appropriée :

- Je cherche du travail Je fréquente l'école
 Je fais du bénévolat Je travaille à mon compte
 J'ai reçu une offre d'emploi
 Je travaille à temps partiel/temps plein
 Je suis un programme de formation

Pourquoi faites-vous une demande de soutien de l'emploi du POSPH?

- Je veux obtenir un emploi
 J'ai besoin d'aide pour conserver mon emploi / mon entreprise
 Je veux travailler à mon compte

Si vous travaillez déjà, pour quelle raison demandez-vous du soutien de l'emploi du POSPH?

- Pour résoudre un problème que j'ai au travail
 Pour obtenir de l'avancement dans mon emploi actuel
 Je dois changer d'emploi à cause de mon handicap
 J'ai besoin d'aide pour exploiter mon entreprise
 Autre; veuillez préciser _____

Recevez-vous ou avez-vous reçu des prestations ou des services de l'un ou l'autre des programmes suivants?
Veuillez cocher toutes les cases appropriées :

Soutien de l'emploi du POSPH _____ (année)

Ontario au travail _____ (année)

Régime de pensions du Canada _____ (année)

Assurance accident, maladie ou
invalidité _____ (année)

Soutien du revenu du POSPH _____ (année)

Sécurité professionnelle et
assurance contre les accidents du
travail _____ (année)

Assurance-emploi _____ (année)

Régime d'aide financière aux
étudiantes et étudiants de l'Ontario
(RAFÉO) _____ (année)

Autre (veuillez préciser) _____ (année)

Veillez décrire votre handicap (*Vous pouvez cocher plus d'une case*) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble mental / psychique | <input type="checkbox"/> Cécité / trouble de la vue |
| <input type="checkbox"/> Surdité / perte auditive | <input type="checkbox"/> D ficiency intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> Handicap physique ou moteur | <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien / trouble cognitif | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Veillez donner des précisions sur votre handicap. Si l'espace ne suffit pas, vous pouvez joindre une page supplémentaire.

En quoi votre handicap entrave-t-il votre capacité d'obtenir ou de conserver un emploi?

Votre handicap résulte-t-il d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle?

Oui Non s. o.

Votre handicap résulte-t-il d'un accident d'automobile survenu après le 21 juin 1990?

Oui Non s. o.

Avez-vous déjà intenté des poursuites relativement à votre handicap?

Oui Non s. o.

Participez-vous à un programme de réadaptation pour alcooliques ou toxicomanes (autre que les programmes AA ou NA)?

Oui Non s. o.

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des quatre questions ci-dessus, veuillez préciser :

Veuillez cocher les cases appropriées ci-dessous :

Je suis bénéficiaire du soutien du revenu du POSPH à titre de personne handicapée :

Numéro de dossier (si vous le connaissez) _____

Je suis inscrit(e) à titre de personne aveugle au sens de la loi auprès de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) :

Numéro d'inscription _____

Si vous avez coché l'une ou l'autre des cases ci-dessus, vous n'avez pas à remplir le formulaire « Confirmation de l'invalidité / de la déficience » ci-joint.

Je fréquente ou j'ai fréquenté une école ou un programme de formation pour personnes handicapées. (Veuillez joindre un relevé de notes ou un autre document confirmant votre participation).

- J'ai obtenu auprès d'un(e) professionnel(le) de la santé un document qui décrit mon handicap (par exemple un formulaire médical pour une demande de permis de stationnement accessible ou un rapport de psychologue confirmant un trouble mental).

Si vous avez coché l'une ou l'autre des cases ci-dessus, vous pourriez ne pas avoir à remplir le formulaire « Confirmation de l'invalidité / de la déficience » ci-joint. Veuillez communiquer avec votre bureau du POSPH pour en savoir plus.

Pour vous entretenir avec un membre du personnel du POSPH, auriez-vous besoin de services adaptés, par exemple des services d'interprétation gestuelle?

- Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

J'atteste que les renseignements qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature de l'auteur(e) de la demande

Date (aaaa/mm/jj)

Réservé au bureau

Admissibilité vérifiée

Non admissible

Signature du/de la fonctionnaire du ministère

Date (aaaa/mm/jj)



Consentement à la divulgation et à la vérification de renseignements

Je, _____^{*},
(nom de l'auteur(e) de la demande,
en caractères d'imprimerie)

consens à la communication de renseignements entre le
ministère des Services sociaux et communautaires et

- le gouvernement du Canada,
- le gouvernement d'autres provinces ou territoires,
- le gouvernement de l'Ontario,
- tout organisme, ministère ou service de l'un ou l'autre de
ces gouvernements, et
- tout organisme communautaire ou fournisseur de services
d'emploi

dans le but de vérifier les renseignements fournis (p.ex. que
je ne reçois pas ou ne suis pas admissible à une autre forme
d'aide publique ou privée; que je réside en Ontario;

que j'ai l'autorisation légale de travailler au Canada), spécifiquement et exclusivement pour déterminer ou vérifier mon admissibilité initiale ou continue au soutien de l'emploi au sens de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*.

Je comprends que ces renseignements peuvent être transmis par téléphone, au cours d'entretiens directs, au moyen de lettres ou de dossiers envoyés par la poste ou par télécopieur, ou par voie électronique.

Je comprends également que les renseignements peuvent être divulgués à une tierce partie dans le but d'établir mon Plan de recherche d'emploi ou de surveiller mes progrès selon les conditions énoncées dans mon entente de participation financière au soutien de l'emploi.

S'il arrivait que je demande un examen d'une décision prise par le ministère au sujet de mon admissibilité initiale ou continue au soutien de l'emploi en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, je reconnais que les renseignements fournis en vertu du présent consentement peuvent être, en totalité ou en partie, divulgués au comité de règlement des différends.

*

Date

Signature de l'auteur(e) de la
demande

**

Nom du témoin
(*en lettre moulées*)

Signature du témoin

* Lorsque l'auteur(e) de la demande est incapable de fournir son consentement par écrit en raison d'un handicap physique ou mental, le consentement de la ou du fiduciaire ou de la tutrice ou du tuteur dûment nommé ou, à défaut, du plus proche parent (avec l'accord verbal de l'auteur(e) de la demande) suffira.

** Veuillez signer en présence d'un témoin âgé de 18 ans ou plus.

**Avis concernant la collecte de
renseignements personnels**

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

Les renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, L.O., chap. 25, Annexe B, articles 32 et 33, dans le but de fournir des services de soutien de l'emploi aux personnes handicapées pour les aider à obtenir et à conserver un emploi. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

_____ au (_____)

à votre bureau local du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.