

1 - Renseignements sur l'identité

Directives au verso.

Demandeur		Conjoint	
Nom de famille à la naissance		Nom de famille à la naissance	
Prénom		Prénom	
Date de naissance	Numéro d'assurance maladie	Date de naissance	Numéro d'assurance maladie
Ind. rég. Téléphone (domicile)	Ind. rég. Téléphone (autre)	Ind. rég. Téléphone (domicile)	Ind. rég. Téléphone (autre)

2 - Renseignements généraux

Au besoin, utilisez une autre feuille.

Est-ce que vous ou votre conjoint avez des personnes à charge? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom	Prénom	Date de naissance
	Nom	Prénom	Date de naissance
Demandeur		Conjoint	
Recevez-vous des indemnités pour des services d'aide domestique en vertu d'autres programmes publics ou d'un régime privé d'assurance? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Indiquez le nom de l'organisme :		Recevez-vous des indemnités pour des services d'aide domestique en vertu d'autres programmes publics ou d'un régime privé d'assurance? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous recommandé par un CLSC, un CISSS ou un CIUSSS? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Indiquez le nom de l'organisme :		Êtes-vous recommandé par un CLSC, un CISSS ou un CIUSSS? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

3 - Résidence

Adresse de la résidence où vous voulez recevoir des services d'aide domestique			
Numéro, rue, appartement		Ville	Code postal
Désignation de la résidence <input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Secondaire	Type d'habitation <input type="checkbox"/> Propriété ou logement <input type="checkbox"/> Chambre et pension <input type="checkbox"/> Chambre	Cette résidence est-elle la propriété d'un organisme à but non lucratif (OBNL)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

4 - Entreprise d'économie sociale

Nom de l'entreprise Service d'aide à domicile du Granit	Matricule 1144385896
Numéro du dossier du demandeur	Signature de la personne représentant l'entreprise d'économie sociale
	Date

5 - Modification au dossier

Si un changement est survenu dans votre situation, inscrivez la date à laquelle il s'est produit. Date	Précisez la nature <input type="checkbox"/> Ajout ou retrait d'un conjoint <input type="checkbox"/> Ajout ou retrait de personnes à charge <input type="checkbox"/> Ajout ou retrait de recommandation d'un CLSC, d'un CISSS ou d'un CIUSSS <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Changement d'adresse <input type="checkbox"/> Changement de type d'aide financière
---	--

6 - Type d'aide financière

En plus de l'aide financière fixe, demandez-vous l'aide variable? Non Oui

Non Oui

Passez à la section 8. Remplissez les sections 7 et 8.

7 - Autorisation de communiquer des renseignements

J'autorise Revenu Québec à communiquer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) les renseignements nécessaires au traitement et au suivi de la présente demande d'aide financière, les renseignements sur le montant de mon revenu pour l'année de référence ou une confirmation que je n'ai pas produit de déclaration de revenus pour l'année de référence. Cette autorisation est valable tant que mon dossier demeure actif à la Régie.

Signature du demandeur	Date	Signature du conjoint	Date
Ou <input type="checkbox"/> Je joins à la présente demande une copie de ma déclaration de revenus à Revenu Québec pour l'année de référence.		Ou <input type="checkbox"/> Je joins à la présente demande une copie de ma déclaration de revenus à Revenu Québec pour l'année de référence.	

8 - Déclaration solennelle et signature

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'entreprise d'économie sociale et, s'il y a lieu, le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS concerné à communiquer à l'une ou l'autre de ces parties toute information nécessaire au traitement et au suivi de la présente demande d'aide financière dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, conformément aux lois, règlements et normes applicables.

Je déclare que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec de toute modification à ces renseignements.

Signature du demandeur	Date	Signature du conjoint	Date
------------------------	------	-----------------------	------

Directives

Important : La personne qui fait une demande d'aide financière peut remplir elle-même le présent formulaire ou obtenir l'aide du personnel de l'entreprise d'économie sociale pour le faire. Celle-ci est soumise à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

Le fait de ne pas fournir tous les renseignements pertinents peut retarder l'accès du demandeur à l'aide financière.

Il est important que le demandeur et, s'il y a lieu, le conjoint remplissent toutes les cases.

1 - Renseignements sur l'identité

On entend par « conjoint » :

- la personne qui est mariée avec le demandeur et qui cohabite avec lui;
- la personne qui, au moment de la demande, vit maritalement avec le demandeur.

2 - Renseignements généraux

On entend par « personne à charge » :

- un enfant de 0 à 17 ans;
- un enfant de 18 ans ou plus qui fréquente un établissement d'enseignement à temps plein;
- une personne de 18 ans ou plus à la charge du demandeur en raison d'un handicap.

Le conjoint n'est pas une personne à charge.

Indemnité pour des services d'aide domestique

La personne qui reçoit déjà une indemnité pour des services d'aide domestique en vertu d'un programme public (ex. : CSST, SAAQ, anciens combattants) ou en vertu d'un régime privé d'assurance n'est pas admissible au Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD).

3 - Résidence

Résidence secondaire

Pour bénéficier du PEFSAD pour des services d'aide domestique reçus dans sa résidence secondaire, le demandeur doit l'habiter de façon continue, et ce, pour une période minimale d'un mois.

Organisme à but non lucratif

Un organisme à but non lucratif (OBNL) est une organisation qui ne poursuit aucune fin de profit. Les OBNL ont pour mission première d'offrir des services à l'ensemble de la communauté ou à une partie de celle-ci.

4 - Entreprise d'économie sociale

Inscrivez lisiblement le nom de l'entreprise d'économie sociale. Le matricule est obligatoire.

5 - Modification

Lorsqu'un changement survient dans votre situation, vous devez obligatoirement remplir au complet un nouveau formulaire et inscrire la nature de la modification ainsi que la date à laquelle le changement s'est produit. S'il s'agit d'une première demande, ne pas remplir cette section.

6 - Type d'aide financière

L'aide fixe représente une aide de base accordée pour chaque heure de services rendus à toute personne admissible au PEFSAD sans égard à ses revenus ou à sa situation familiale. Une aide additionnelle qu'on appelle aide variable peut également être accordée. Cette aide varie en fonction du revenu familial et de la situation familiale de la personne. Les personnes de 65 ans ou plus peuvent bénéficier de l'aide variable. Celles de 18 à 64 ans qui sont recommandées par un CLSC, un CISSS ou un CIUSSS peuvent également en bénéficier.

7 - Autorisation de communiquer des renseignements

Vous n'avez pas à remplir cette section si vous demandez seulement l'aide financière fixe.

Le demandeur qui désire obtenir une aide financière variable et, s'il y a lieu, son conjoint doivent autoriser, par leur signature, Revenu Québec à communiquer à la Régie les renseignements nécessaires au calcul du montant d'aide variable ou fournir une copie de leur déclaration de revenus.

8 - Déclaration solennelle et signature

Le demandeur et, s'il y a lieu, son conjoint doivent signer aux endroits prévus. Un formulaire non signé sera retourné.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires :

	visitez le site Internet de la Régie : www.ramq.gouv.qc.ca
<i>ou</i>	demandez le dépliant directement à l'entreprise d'économie sociale en aide domestique.

Vous pouvez également nous joindre aux numéros de téléphone suivants : 514 873-9504 et 1 888 594-5155.

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Service de la contribution et de l'aide financières
Régie de l'assurance maladie du Québec
425, boulevard De Maisonneuve Ouest, bureau 213
Montréal (Québec) H3A 3G5