

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Programme de soutien aux personnes ayant un handicap et Programme de soins de longue durée



Sous les Programme de soins de longue durée (plus de 65 ans) et Programme de soutien aux personnes ayant un handicap (19 à 64 ans) une personne peut faire une demande de subvention pour aider à défrayer les coûts des services. Pour présenter une demande subvention, appelez votre bureau local de Développement social. Vous trouverais le numéro de téléphone sans frais local en retournant à la page du Programme de soins de longue durée, [cliquer ici](#). Appuyez sur le 1 pour l'anglais ou sur le 2 pour le français. Appuyez ensuite sur le 2 pour parler à quelqu'un au sujet des services destinés aux aînés. Précisez au téléphoniste que vous souhaitez présenter une demande dans le cadre du Programme de soins de longue durée ou Programme de soutien aux personnes ayant un handicap.

**Pour faire une demande de subvention pour vos services, vous aurez besoin de faire parvenir le formulaire de *Demande de subvention* à votre bureau local de Développement social, et suivre les étapes ci-dessous. Vous aurez besoins de fournir des photocopies des documents indiqués pour la personne qui a besoin des services et son conjoint.**

1. **Remplissez le formulaire de *Demande de subvention*.** N'oubliez pas de le signer devant témoin, vous et votre conjoint, et d'y apposer la date aux deux endroits indiqués au bas de la page.
2. **Envoyez des copies de vos *Avis de cotisation* des deux dernières années, en plus de copies des feuillets T3, T4, T4A et T5 des deux dernières années pour vous et votre conjoint.**
  - Si vous êtes marié ET si vous avez déclaré un « montant de pension fractionné » dans votre déclaration de revenus, veuillez nous faire parvenir vos déclarations de revenus complètes pour les deux dernières années, pour vous-même et votre conjoint, accompagnées des renseignements susmentionnés.
  - Si vous ne trouvez plus vos avis de cotisation ou vos feuillets T3, T4, T4A ou T5, communiquez avec l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-7383 pour demander votre sommaire de l'impôt sur le revenu.

**Veillez cocher les éléments qui s'appliquent à votre cas et nous faire parvenir des photocopies :**

- (Veillez cochez les cases appropriées)
- Preuve du coût des primes d'assurance-maladie privée (ex: Croix Bleue Medavie)
  - Document de procuration
  - Si la prestation de pension par un régime privé a changé depuis votre dernière déclaration d'impôt, veuillez soumettre une copie de l'avis qui confirme votre prestation de pension versée par un régime privé pendant l'année en cours.
  - Preuve de revenus d'Anciens Combattants Canada
  - Preuve de toutes les pensions reçues de tout autre pays
  - Si vous louez votre résidence principale, ou un autre bien, soumettez les reçus des revenus de location s'ils n'ont pas été inscrits dans votre déclaration de revenus.
  - Vos talons de paie du dernier mois (si vous être employé)
  - Preuve de paiements de l'invalidité de longue durée

**Remarque :** Pour effectuer l'évaluation financière, nous vous demandons de nous faire parvenir le formulaire de *Demande de subvention* dûment rempli et les documents nécessaires dans les 30 jours. Si nous n'avons pas reçu la documentation requise dans ce délai, nous pourrions vous demander de présenter une nouvelle demande.

**Si vous avez des questions concernant la demande de subvention, veuillez communiquer avec votre bureau local du Développement social comme décrit ci-dessus.**

# DEMANDE DE SUBVENTION

Programme de soutien aux personnes ayant un handicap  
et Programme de soins de longue durée



RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DEMANDANT LES SERVICES			
Nom de famille		Prénom	Initiales
		N° d'assurance-maladie	
Date de naissance		État matrimonial	
Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Autre _____
Adresse et code postal actuels		Numéro de téléphone ( ) - Autre numéro de téléphone ( ) -	
RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LA CONJOINTE (le cas échéant)			
Nom de famille		Prénom	Initiales
		N° d'assurance-maladie	
Date de naissance		Numéro de téléphone	
Année	Mois	Jour	( ) - Autre numéro de téléphone ( ) -
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE (le cas échéant)			
Nom de famille		Prénom	Initiales
		N° d'assurance-maladie	
Date de naissance		Remarque : Une personne à charge doit être âgée de moins de 19 ans, ou de moins de 25 ans si elle fréquente à temps plein un établissement d'enseignement.	
Année	Mois	Jour	
PERSONNE-RESSOURCE POUR LES QUESTIONS FINANCIÈRES			
Nom de famille		Prénom	Initiales
		N° d'assurance-maladie	
Relation avec la personne demandant les services :		Numéro de téléphone ( ) - Autre numéro de téléphone ( ) -	
Adresse de la personne-ressource pour les questions financières (obligatoire)			
<b>DÉCLARATION</b> J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts. Je comprends que le ministère du Développement social vérifiera ces renseignements, qui serviront à calculer le montant de la contribution financière que je dois verser et le montant de l'aide gouvernementale que je pourrais recevoir. Je reconnais que les fournisseurs de services seront informés du montant de ma contribution financière. Je reconnais aussi que je dois informer le ministère du Développement social quand il y aura des changements dans ma situation familiale ou le revenu de ma famille.			
Signature de la personne demandant les services		Signature du témoin	Date
Signature du conjoint ou de la conjointe (le cas échéant)		Signature du témoin	Date
Nota : Cette section peut être signée par une personne qui a l'autorité légale d'agir au nom des personnes nommées.			
AUTORISATION POUR SERVICE CANADA			
Pour que les représentants du ministère du Développement social puissent vérifier les données que j'ai fournies, je les autorise, en tant que mandataires, à recevoir de Service Canada l'information concernant les prestations que je reçois actuellement dans le cadre de tout programme administré par Service Canada.			
Toute information ainsi reçue par les représentants du Ministère servira exclusivement aux fins de l'application et de l'exécution de la <i>Loi sur la sécurité du revenu familial</i> , de la <i>Loi sur les foyers de soins</i> et de la <i>Loi sur les services à la famille</i> du Nouveau-Brunswick.			
Signature de la personne demandant les services		Signature du témoin	Date
Signature du conjoint ou de la conjointe (le cas échéant)		Signature du témoin	Date
Nota : Cette section peut être signée par une personne qui a l'autorité légale d'agir au nom des personnes nommées.			