

Nous vous remercions de votre demande pour des services de soins de longue durée ou des services de soutien aux personnes ayant un handicap.

Le ministère du Développement social et l'Agence du revenu du Canada (ARC) ont conclu un partenariat visant à faciliter la communication des informations financières nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité à une aide financière.

Toutes les informations fournies par l'ARC resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour déterminer l'éligibilité à une aide financière pour des services.

Ceci est un **formulaire de demande de trois pages** pour l'obtention d'une aide financière pour le coût de ces services.

Avant de le renvoyer au ministère du Développement social, **veuillez vérifier les points suivants** :

- ✓ **Section A** - assurez-vous que toutes les informations correctes ont été inscrites dans toutes les cases requises.
- ✓ **Section B** - assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.
 - Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu par « oui », il se peut que vous deviez présenter des preuves – veuillez vérifier.
- ✓ **Section C** - assurez-vous que vous envoyez bien ce formulaire complété au bureau de Développement social indiqué ici.
- ✓ **Section D** - assurez-vous que vous avez rempli toutes les cases, car il s'agit du formulaire de consentement permettant au ministère du Développement social de demander votre rapport d'impôt sur le revenu à l'ARC (Agence du revenu du Canada).

Une **calculatrice d'aide financière** est disponible en ligne.

Si vous souhaitez connaître le montant d'aide financière à laquelle vous pourriez avoir droit, veuillez :

1) balayer le code QR;



ou

2) Vous rendre sur le site de Soutiens sociaux NB à l'adresse :

<https://soutienssociauxnb.ca/fr/>



Formulaire de demande financière à travers le processus l'ARC

Programme de soutien aux personnes ayant un handicap / Programme des soins de longue durée



Cette option permet à Développement social (DS) d'accéder aux renseignements de l'Agence du revenu du Canada (ARC) en votre nom.

Pour que nous puissions procéder à l'évaluation financière, nous vous demandons d'envoyer le présent formulaire et document requis le plus rapidement possible suivant votre appel initial au développement social. Si nous n'avons pas reçu la documentation requise dans les 30 jours, vous pourriez devoir présenter une nouvelle demande.

Vous (et votre conjoint ou conjointe) devez signer et dater le formulaire à tous les emplacements requis. La « signature du témoin » peut être celle de toute personne, y compris votre conjoint(e).

Section A :

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI A BESOIN DE SERVICES			N° ID du client : 11111111		
Nom de famille		Prénom		Initiales	
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) _____ (année) <input type="checkbox"/> Autre _____			N° de téléphone () - Autre n° de téléphone () -		
Date de naissance : ____/____/____ (jj/mm/année)			Êtes-vous, vous ou votre conjoint(e), un ancien combattant? OUI / NON		
RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA CONJOINT(E) (le cas échéant)			N° ID du client : 11111111		
**Votre conjoint(e) a-t-il (a-t-elle) besoin de services? OUI Non					
Nom de famille		Prénom		Initiales	
				Numéro de téléphone Autre numéro de téléphone () - () -	
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE (le cas échéant)					
Avez-vous des personnes à charge? OUI/NON Le cas échéant, combien : _____					
Remarque : Une personne à charge est âgée de moins de 19 ans, ou de moins de 25 ans si elle fréquente à temps plein un établissement d'enseignement.					
PERSONNE-RESSOURCE POUR LES QUESTIONS FINANCIÈRES					
Nom de famille		Prénom		Initiales	
Lien avec la personne qui a besoin des services :			N° de téléphone () - Autre n° de téléphone () -		
Adresse postale de la personne-ressource (obligatoire)					
DÉCLARATION					
J'atteste qu'à ma connaissance, toute l'information fournie sur ce formulaire est exacte. Je comprends que le ministère du Développement social vérifiera cette information, qui servira à calculer le montant de la contribution financière que je devrai verser et le montant de l'aide gouvernementale que je pourrais recevoir. Je comprends 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 de tout changement de ma situation familiale ou du revenu de ma famille.					
Signature de la personne qui a besoin de services		Signature du témoin		Date	
Signature du conjoint ou de la conjointe (le cas échéant)		Signature du témoin		Date	
Remarque : Le présent formulaire peut être signé par une personne qui a l'autorité compétente d'agir au nom de la ou des personnes nommées. Dans ce cas, veuillez fournir une copie des documents à l'appui (p. ex. procuration).					

Section B :

Vous devez signer le formulaire de consentement ci-joint et nous le renvoyer afin que nous puissions accéder aux renseignements détenus par l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Nous vous demandons également d'indiquer les montants ci-dessous qui s'appliquent à votre situation et à celle de votre conjoint(e). Vous devrez peut-être fournir des copies de documents sur demande :

- Avez-vous un paiement mensuel pour une couverture en matière de santé (par ex. Medavie) pour les médicaments, l'optique, le dentaire ou d'autres besoins de santé ? Oui ___ Non ___
Si oui, quel est le montant par mois ? _____
- Recevez-vous un revenu qui n'est pas inscrit dans votre déclaration de revenus (p. ex. assurance invalidité de longue durée, pension d'ancien combattant)? Oui ___ Non ___
Si oui, quel est le montant mensuel? _____ Quelle est la source? _____

Veillez répondre aux questions suivantes:

- Recevez-vous un montant d'un régime de retraite d'un autre pays? *Oui ___ Non ___
(*Si oui, veuillez soumettre le montant actuel de la pension)
- Est-ce que vous ou votre conjoint avez atteint l'âge de 65 ans au cours de la dernière année fiscale? *Oui ___ Non ___ (*Si oui, veuillez soumettre le montant actuel de la pension)
- Êtes-vous devenu veuf ou veuve au cours de la dernière année fiscale? *Oui ___ Non ___
(*Si oui, veuillez soumettre le montant actuel de la pension)
- Travaillez-vous ou votre conjoint actuellement? *Oui ___ Non ___
(*Si oui, veuillez soumettre les relevés de paie les plus récents totalisant un mois de salaire).
- Détenez-vous une procuration durable ou financière ou un fiduciaire? Oui ___ Non ___
(*Si oui, veuillez fournir une copie)

Section C :

***Veillez envoyer tous les formulaires et toutes les photocopies à l'adresse suivante :**

Nom
Développement social
Adresse
C.P.
Ville (Nouveau-Brunswick) Code postale
Téléphone : 506-; télécopieur : 506-
Courriel :

****Si vous avez des questions concernant la demande d'aide financière, veuillez communiquer avec la personne dont le nom figure ci-dessus.**

***Si vous ne souhaitez pas donner votre consentement pour que DS accède à vos renseignements détenus par l'ARC, vous pouvez demander une autre option. Vous devez remplir le formulaire de demande d'aide financière que vous pouvez obtenir en communiquant avec le représentant de DS ci-dessus. Si vous choisissez cette option, vous devez fournir des photocopies de vos renseignements financiers, notamment votre avis d'évaluation et les feuillets T3, T4, T4A et T5 des deux dernières années.

Section D:

CONSENT FORM / FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	
<p>I hereby authorize officials of the Canada Revenue Agency, pursuant to subsection 241(5) of the <i>Income Tax Act</i>, to release my taxpayer information to officials of the Department of Social Development for the purpose of determining eligibility for financial assistance towards the costs of approved long-term care or disability support services. The information will be relevant to and used solely for, the purpose of administering the <i>New Brunswick Family Services Act</i>. This will include using the information to conduct my initial financial assessment and subsequent financial reassessments.</p> <p>This authorization is in effect for the taxation year prior to the signature, the year of signature, and each subsequent taxation year for which assistance is requested under the <i>New Brunswick Family Services Act</i>.</p> <p>I understand that I can withdraw my consent at any time by notifying department officials, in writing, at the following address:</p> <p style="text-align: center;">Department of Social Development Attention: Adult Client Services P.O. Box 6000, 551 King Street Fredericton NB E3B 5H1</p>	<p>J'autorise par la présente les agents de l'Agence du revenu du Canada, en vertu du paragraphe 241(5) de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i>, à communiquer les renseignements de mon contribuable aux agents du ministère du Développement social afin de déterminer l'admissibilité à une aide financière pour les coûts des soins de longue durée ou des services de soutien aux personnes handicapées approuvés. Les renseignements seront pertinents et utilisés uniquement aux fins de l'application de la <i>Loi sur les services à la famille du Nouveau-Brunswick</i>. Cela comprend l'utilisation des renseignements pour effectuer ma première évaluation financière et les réévaluations financières subséquentes.</p> <p>La présente autorisation s'applique à l'année d'imposition antérieure à la signature du présent document, à l'année en cours ainsi qu'à chaque année suivante pour laquelle une demande d'aide financière est faite en vertu de la <i>Loi sur les services à la famille du Nouveau-Brunswick</i>.</p> <p>Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment en avisant par écrit les fonctionnaires du ministère à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;">Ministère du Développement social À l'attention de : Soutien des services aux clients adultes C.P. 6000, 551, rue King Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1</p>
Name / Nom	Date of Birth / Date de naissance
Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale	SD Office / Bureau du DS
Address / Adresse	Date
Signature	
Name of Power of Attorney or Legal Responsible Person (if applicable) / Nom de la procuration ou la personne responsable légalement (si applicable)	Date
Signature of Power of Attorney or Legal Responsible Person / Signature de la procuration ou de la personne responsable légalement	

If Applicable:

<p>As the spouse/common-law partner of _____, I hereby authorize officials of the Canada Revenue Agency, pursuant to subsection 241(5) of the <i>Income Tax Act</i>, to release my taxpayer information to officials of the Department of Social Development for the purposes outlined above.</p> <p>I understand that I can withdraw my consent at any time by notifying department officials, in writing, at the address provided above.</p>	<p>En tant qu'époux / conjoint de fait de _____, j'autorise par la présente les fonctionnaires de l'Agence du revenu du Canada, conformément au paragraphe 241 (5) de la Loi de l'impôt sur le revenu, à divulguer mes renseignements fiscaux aux fonctionnaires du ministère du Développement social aux fins décrit ci-dessus.</p> <p>Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment en avisant par écrit les fonctionnaires du ministère à l'adresse fourni ci-dessus.</p>
Name / Nom	Date of Birth / Date de naissance
Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale	SD Office / Bureau du DS
Address / Adresse	Date
Signature	