Ontario

Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

Demande de Prestations obligatoires pour les nécessités spéciales

Les prestations obligatoires pour les nécessités spéciales du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) contribuent à couvrir le coût des fournitures pour diabétiques, des fournitures chirurgicales et des uniformes, des articles et des appareils nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, radiologique ou médicale ou d'une maladie. Elles permettent également de financer les déplacements pour se rendre à des rendez-vous aux fins de traitement médical, à des groupes de traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie ainsi qu'à des programmes de thérapie de santé mentale et de counselling en santé mentale. L'approbation est basée sur le coût le plus économique.

Le demandeur doit fournir les renseignements ci-dessous.

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

Renseignements à fournir sur le demandeur ayant besoin d'articles ou de services

Nom de famille	Prénom	Initiale du deuxième prénom

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	ID de membre *	Adresse et numéro de télécopieur du bureau du POSPH (à des fins internes)

Déclaration du demandeur et consentement à la divulgation de renseignements

La demande ne sera pas approuvée si la déclaration et le consentement à la divulgation de renseignements ne sont pas signés.

La personne demandant les prestations obligatoires pour les nécessités spéciales, ou une personne légalement autorisée à signer en son nom, doit signer cette déclaration et ce consentement à la divulgation de renseignements.

Si les prestations obligatoires pour les nécessités spéciales sont destinées à un enfant de moins de 16 ans, la déclaration et le consentement à la divulgation de renseignements doivent être signés par une autre personne légalement autorisée à signer en son nom.

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et ceux qui sont contenus dans la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Je consens à ce que le professionnel de la santé qui a rempli la présente demande communique au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (le « ministère ») tout renseignement figurant dans mon dossier médical en rapport avec les renseignements fournis dans la présente formule de demande. Je comprends que le ministère utilisera ces renseignements pour déterminer mon admissibilité initiale ou continue aux prestations obligatoires pour les nécessités spéciales.

J'ai lu et signé la déclaration de consentement librement et volontairement. Je comprends que je peux refuser de signer la déclaration de consentement, mais que les prestations obligatoires pour les nécessités spéciales ne seront pas versées si la déclaration de consentement n'est pas signée. Je comprends que je peux révoquer ou modifier la déclaration de consentement à tout moment, mais que ce changement peut avoir une incidence sur mon admissibilité aux prestations obligatoires pour les nécessités spéciales.

Nom du demandeur ou de l'autre personne légalement autorisée (prénom et nom)	Signature	Date (jj/mm/aaaa)

Remarque : Le paragraphe 380(1) du Code criminel du Canada stipule que quiconque, par supercherie, mensonge ou autre moyen dolosif, frustre le public de quelque bien, service, argent ou valeur est coupable d'une infraction ou d'un acte criminel. L'article 59 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* stipule qu'une personne qui reçoit sciemment un avantage ou une aide auxquels elle n'a pas droit aux termes de cette loi et des règlements se rend coupable d'une infraction.

Envoi du formulaire de demande rempli

Le formulaire rempli peut être soumis :

- en ligne par l'intermédiaire de MesPrestations à www.Ontario.ca/MesPrestations
- directement au bureau local du POSPH
- par la poste : C.P. 3399 Stn Main, Markham ON L3R 6J2

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

Nom du demandeur (prénom et nom) _____

ID de membre _____ **Code d'honoraires – RASO KO54**

Instructions pour les professionnels de la santé

Le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) peut aider à couvrir les coûts du transport à des fins médicales, des fournitures pour diabétiques, des fournitures chirurgicales et des uniformes, ainsi que des articles et des appareils pour les prestataires admissibles du POSPH et les membres de leur famille.

Remplissez seulement les sections ci-dessous qui s'appliquent aux besoins médicaux documentés de votre patient. Le ministère peut demander des renseignements complémentaires, y compris une vérification de l'assiduité pour déterminer l'admissibilité.

Transport à des fins médicales (ne remplir qu'en cas de besoin de déplacements pour des raisons médicales dans les 12 mois à venir)

Le POSPH couvre le coût du moyen de transport le plus abordable pour permettre à un client de se rendre à ses rendez-vous médicaux. Pour être admissible, votre patient doit se déplacer pour recevoir un traitement médical fourni par un professionnel de la santé ou pour se rendre à des groupes de traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie présents localement ou pour se rendre à une thérapie de santé mentale prescrite par un médecin ou un psychologue. Les professionnels de la santé suivants, autorisés à exercer en Ontario, peuvent remplir cette section :

- Médecins
- Infirmiers praticiens
- Ergothérapeutes
- Adjoints au médecin
- Psychologues
- Infirmiers autorisés
- Physiothérapeutes

Le mode de transport par défaut est le transport en commun (p. ex., autobus, métro, train et transport adapté).

Selon l'état de santé de votre patient, peut-il utiliser les transports en commun s'ils sont disponibles? Veuillez cocher une case.

☐ Mon patient n'a pas de problème de santé qui l'empêche d'utiliser les transports en commun s'ils sont disponibles

☐ Mon patient a un problème de santé qui l'empêche d'utiliser les transports en commun s'ils sont disponibles

Si votre patient ne peut pas utiliser les transports en commun, a-t-il besoin de services de transport de patients spécialisés?

☐ Oui ☐ Non

Fournissez dans le tableau ci-dessous les renseignements sur les déplacements à des fins médicales au cours des 12 prochains mois.

Lieu de la visite Nom du professionnel de santé et/ ou nom de l'établissement	Numéro de téléphone (si connu)	Visites au cours des 12 prochains mois	Requis de (mm/aa)	Requis jusqu'à (mm/aa)	Accompagnateur ou logement de nuit nécessaires?
		☐ Mois ☐ Année Nombre de visites _____			☐ Accompagnateur ☐ Logement de nuit

Fournitures chirurgicales, articles et appareils

Le POSPH aide à couvrir les coûts des fournitures, articles et appareils médicaux qui ne sont pas couverts par un autre programme provincial, fédéral ou privé.

Les professionnels de la santé suivants, autorisés à exercer en Ontario, peuvent remplir cette section :

- Médecins
- Infirmiers praticiens
- Ergothérapeutes
- Adjoints au médecin
- Infirmiers autorisés
- Physiothérapeutes

Pour chaque section concernée, veuillez indiquer si votre patient a reçu un diagnostic de problème médical nécessitant des fournitures chirurgicales, des articles ou des appareils, de même que la durée prévue du besoin.

Soin des plaies et fournitures chirurgicales

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de problème médical ou suit-il un traitement médical nécessitant des fournitures chirurgicales? Par exemple, des solutions antiseptiques, des pansements, des pansements compressifs, des tampons, des éponges et des gazes, des fournitures d'irrigation ou des gants.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Nom du demandeur (prénom et nom) _____

ID de membre _____ **Code d'honoraires – RASO KO54**

Dispositifs de compression et appareils, articles et fournitures pour la prise en charge d'un lymphœdème

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de lymphœdème nécessitant des articles et des fournitures pour la prise en charge du lymphœdème? Par exemple, des pansements compressifs ou encore des bas, des manches, des gants ou des bandes de compression.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Produits et fournitures pour l'incontinence

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de problème médical nécessitant des produits et des fournitures pour l'incontinence? Par exemple, des cathéters, des couches et des doublures, des piqués, des fournitures pour l'incontinence, des gants, des fournitures pour le lavement.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Fournitures pour diabétiques

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de diabète nécessitant des fournitures pour diabétiques? Par exemple, des tubulures, des lancettes, des aiguilles, des seringues, des lingettes antiseptiques ou des stylos injecteurs d'insuline.

☐ **Oui** ☐ **Non** En cas de diabète gestationnel, indiquer la date prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) _____

Dans les tableaux ci-dessous, précisez l'article demandé, la durée prévue du besoin et joindre des estimations ou des devis pour les articles ou les appareils demandés, si ces estimations ou devis sont disponibles.

Aides fonctionnelles, accessoires et matériel d'aide à l'alimentation

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de maladie chronique qui diminue sa capacité à s'occuper de ses soins personnels, l'obligeant à avoir recours à des appareils d'assistance? Par exemple, des aides pour le bain, pour la toilette ou de transfert, des accessoires de lit, des fournitures pour l'alimentation entérale ou des dispositifs de protection.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Préciser la fourniture, l'article ou le dispositif

Dispositifs et articles de prothèse pour un membre

Votre patient a-t-il besoin ou dépend-il de prothèses et a-t-il besoin d'articles pour soutenir sa prothèse? Par exemple, des manches, des doublures, des gaines, des bas ou des prothèses.

☐ **Oui** ☐ **Non**

Préciser la fourniture, l'article ou l'appareil

Appareils orthopédiques, plâtres et attelles

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de problème médical nécessitant un appareil orthopédique, un plâtre ou attelle pour prévenir une intervention chirurgicale, pour assurer des soins post-opératoires, pour favoriser la guérison physique ou pour améliorer le fonctionnement physique qui a été altéré?

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Préciser la fourniture, l'article ou le dispositif

Appareils respiratoires

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic d'apnée du sommeil ou d'une maladie respiratoire chronique ou a-t-il une trachéotomie nécessitant des fournitures adaptées? Par exemple, des fournitures pour la pression positive des voies respiratoires, des fournitures d'aspiration et de trachéotomie ou des compresseurs.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Préciser la fourniture, l'article ou le dispositif

Nom du demandeur (prénom et nom) _____

ID de membre _____ **Code d'honoraires – RASO KO54**

Supervision et appareils médicaux

Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de problème médical nécessitant une supervision et des appareils médicaux? Par exemple, des alarmes en cas de chute pour les patients à haut risque, des appareils et des fournitures de TENS, des tensiomètres ou d'autres appareils.

☐ **Oui** ☐ **Non** **Durée** ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Indéfinie

Préciser la fourniture, l'article ou le dispositif

Signature du professionnel de la santé et renseignements concernant ce dernier

Je confirme que les renseignements que j'ai fournis sont véridiques selon mon opinion professionnelle.

Nom du professionnel de la santé (prénom et nom)	Signature	Date (jj/mm/aaaa)

Remarque : Le paragraphe 380(1) du Code criminel du Canada stipule que quiconque, par supercherie, mensonge ou autre moyen dolosif, frustre le public de quelque bien, service, argent ou valeur est coupable d'une infraction ou d'un acte criminel. L'article 59 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* stipule qu'une personne qui reçoit sciemment un avantage ou une aide auxquels elle n'a pas droit aux termes de cette loi et des règlements se rend coupable d'une infraction.

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous

Je, _____
Nom, prénom

suis une personne légalement qualifiée comme _____ dans la province de l'Ontario;
Profession

et inscrite auprès de _____
Ordre de réglementation professionnel

Mon numéro d'inscription est le _____
Numéro d'inscription

Adresse du bureau **Ou** **estampille du bureau**

Numéro d'unité	Numéro de rue	Nom de la rue		
Case postale	Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur		
Courriel du bureau				

Renseignements relatifs à la facturation pour remplir la présente formule

Les médecins facturent directement les honoraires au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) au moyen du code d'honoraires RASO KO54.

Les infirmiers praticiens, les infirmiers autorisés, les adjoints au médecin, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les psychologues soumettent leur facture de 25 $, en y joignant les renseignements suivants :

Renseignements sur le bénéficiaire : Prénom et nom, profession, organisme de réglementation et numéro d'inscription. Adresse postale, numéro de téléphone, adresse courriel.

Renseignements sur le demandeur : Prénom et nom, ID de membre

Service rendu : Paiement de l'accomplissement de la demande de prestations obligatoires pour les nécessités spéciales

Envoyez la facture à : C.P. 3399 Stn Main,
Markham (Ontario) L3R 6J2

Nom du demandeur (prénom et nom) _____

ID de membre _____ **Code d'honoraires – RASO KO54**

Avis relatif à la collecte des renseignements personnels

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

Ces renseignements sont recueillis en vertu des articles 5, 10, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, aux fins de l'application du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec _____

au _____ du bureau du POSPH de votre secteur.