

DEMANDE DE FINANCEMENT POUR SERVICES DE RELÈVE BONIFIÉS POUR DES ENFANTS ET JEUNES AYANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

Critères d'admissibilité :

1. Résident (e) des districts de Cochrane/ de Timiskaming;
2. L'enfant/jeune a moins de 18 ans;
3. Diagnostic de TSA (autisme, syndrome d'Asperger, TED-non spécifié);
4. Un rapport de diagnostic est requis;
5. À utiliser pour la relève à domicile ou à l'extérieur du domicile ou les activités récréatives organisées pour l'enfant/le jeune (càd : sports, clubs, etc.) auxquelles il peut participer sans parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) ou soignant;
6. Les reçus doivent être soumis pour remboursement conformément aux dates d'échéance établies et communiquées, sinon un financement futur pourrait être compromis;
7. Le(s) parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) qui ont la garde doivent convenir entre eux de la manière dont les fonds sont utilisés pour répondre aux besoins de leur enfant/jeune dans tous les environnements.

REMARQUE : *Uniquement pour le financement* : SFENEO ne fournissent ni ne recommandent des travailleurs/services de relève.

Nom de l'enfant/du jeune :		Date de naissance : (jj/mm/aaaa) :	
Parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) ayant la garde principale/offrant les soins primaires		Téléphone :	
Adresse :		Ville et code postal :	
Parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) avec la garde/les soins partagés		Téléphone :	
Adresse :		Ville et code postal :	
L'enfant/le jeune a-t-elle ou a-t-il reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme? (*Obligatoire)			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Qui a fourni ce diagnostic de l'autisme?		Date du diagnostic : (jj/mm/aaaa)	
Une copie du rapport du diagnostic est-elle jointe? (*Obligatoire)			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'enfant/le jeune habite-t-elle ou habite-t-il à la maison avec sa famille et nécessite-t-elle ou nécessite-t-il une supervision?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le(s) parent(s)/tuteur(s) légal(aux)/tutrice(s) légale(s) ont-ils demandé/reçu d'autres sources de financement pour la relève?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez indiquer ci-dessous quelles sources de financement (c.-à-d. : aide aux enfants gravement handicapés, services spéciaux à domicile, programme de soins de relève par le biais Accès à une meilleur qualité de vie/Intégration communautaire) :			
Comment les fonds de relève bonifiés seraient-ils utilisés? (*Choisir une ou plusieurs catégories)		<input type="checkbox"/> Services de relève à domicile <input type="checkbox"/> Services de relève hors domicile (comprennent les activités récréatives organisées telles que des leçons ou des sports d'équipe) <input type="checkbox"/> Camp saisonnier (c.-à-d.: camp d'été ou camp durant la semaine de relâche)	

Demande remplie par :		

Nom de la personne
qui remplit le formulaire de demande

Lien avec l'enfant/le jeune

Date (jj/mm/aaaa)

Soumettre la demande à:

Sarah Robinson, Superviseure de programme
707, avenue Ross est
Timmins, ON P4N 8R1
(705-362-7100, poste 5433)

Approbation

Signature de la superviseure de programme du
financement de relève pour autisme

Date (jj/mm/aaaa)