

TOP UP GRANT PROGRAM 2025-2026

Cher parent/tuteur légal,

En tant que parent/tuteur légal, vous ne devez pas recevoir de subvention supplémentaire. Vous recevez cette lettre et le formulaire de demande de subvention complémentaire, car votre enfant bénéficie actuellement du Programme de subvention pour fournitures d'incontinence (Programme IG) et **pourrait être admissible au Programme de subventions complémentaires**, administré par Timbres de Pâques Ontario au nom du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. **Il s'agit d'un programme de subventions distinct du Programme IG et ses critères d'admissibilité sont différents.**

La subvention complémentaire est **un paiement unique supplémentaire** destiné à financer les fournitures d'incontinence de votre enfant. Veuillez lire attentivement ce qui suit, car des conditions d'admissibilité spécifiques doivent être remplies pour y être admissible.

LA DATE LIMITE DE PRÉSENTATION DES DEMANDE EST LE 31 DÉCEMBRE 2025

Votre enfant PEUT être admissible au programme de subvention complémentaire s'il répond aux **TROIS** critères suivant :

- 1. Votre enfant doit être actif dans le programme de subventions pour les fournitures d'incontinence (programme IG) administré par Timbres de Pâques Ontario**
- 2. Votre enfant doit recevoir un financement de l'Aide aux enfants gravement handicapés (AEHG) du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MCCSS) pendant la période d'admissibilité**
 - Si vous n'êtes pas sûr de votre statut dans le programme AEHG, veuillez contacter votre responsable des accords spéciaux.
- 3. En tant que parent/tuteur légal, vous ne devez pas recevoir de soutien du revenu supplémentaire du programme Ontario au travail (OT) ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) pour vous-même**
 - En tant que parent/tuteur légal, vous ne devez pas recevoir de soutien du revenu supplémentaire du programme Ontario au travail (OT) ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) pour vous-même.

Si l'un des critères ci-dessus ne peut être rempli, votre enfant **n'est PAS ADMISSIBLE** au Programme de Subvention Complémentaire et ce formulaire **ne doit pas être soumis**.

Si vous ne remplissez pas les conditions d'admissibilité au Programme Complémentaire, vous continuerez à recevoir les versements du Programme IG, à condition de respecter les critères d'admissibilité.

La date limite de présentation des demandes est le **31 décembre 2025**. Aucune exception ne sera faite.

Une fois votre demande soumise, nous la traiterons dans les meilleurs délais. L'admissibilité de tous les demandeurs de Top Up est vérifiée par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSSSC). Veuillez noter que le traitement de votre demande peut prendre de 10 à 12 semaines.

Les lettres d'approbation (ou de refus) seront envoyées par courriel ou par la poste. Les paiements, s'ils sont admissibles, seront effectués par virement électronique de fonds (TEF) ou par chèque, selon les modalités définies pour les paiements IG. Merci de votre patience.

Numéro sans frais : 1-800-668-6252 poste 324 | Région du Grand Toronto : 416-421-8778 poste 324 | Courriel :

topup@easterseals.org

Application au dos 

TOP UP GRANT PROGRAM 2025-2026

DATE LIMITE DE SOUMISSION DES DEMANDES : 31 DÉCEMBRE 2025

- Confirmez et complétez les renseignements au dossier et la liste de vérification de confirmation (**toutes les cases doivent être cochées pour être admissible**).
- **Consentement** : Signez la section « Consentement ». Veuillez écrire votre nom en lettres moulées sur la ligne supérieure et signer sur la ligne inférieure.
- **Témoin** : Demandez à un témoin de signer le formulaire. Le témoin peut être toute personne âgée de plus de 16 ans, y compris les membres de votre famille.
- **Retournez** le formulaire de consentement au complément dûment rempli à Timbres de Pâques Ontario par courriel, par télécopieur ou par la poste.

Nom du parent/tuteur légal qui bénéficie de l'AEHG : _____

Prénom de l'enfant : _____ Non de famille de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____ (mm/dd/yyyy)

VEUILLEZ INDIQUER LES INFORMATIONS CORRECTES

Adresse	
Téléphone	
# Carte de Santé	Code de version :
e-mail	

JE CONFIRME QUE MON ENFANT RÉPOND AUX CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (cochez toutes les cases applicables) :

- ☐ Mon enfant participe activement au Programme de subventions pour fournitures d'incontinence pendant la période d'admissibilité
- ☐ Mon enfant reçoit une aide financière pour enfants gravement handicapés (AFHM) pendant la période d'admissibilité.
- ☐ Veuillez indiquer le numéro d'identification de membre de l'AFHM du client (si connu). _____
- ☐ Je ne reçois pas de soutien du revenu supplémentaire d'Ontario au travail (OT) ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) destiné à moi-même ou à un autre tuteur légal de l'enfant nommé ci-dessus.

Si l'un des critères ci-dessus n'est pas rempli, votre enfant n'est pas admissible à la subvention complémentaire et ce formulaire ne doit pas être soumis. Vous continuerez à bénéficier du programme de subvention pour les fournitures d'incontinence, à condition que toutes les conditions soient remplies.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné(e), _____, consens à la communication de renseignements de dossiers (nom du parent/tuteur qui bénéficie de l'AEHG – en lettres moulées SVP)

ou de documents entre les représentants autorisés d'Easter Seals Ontario et le **Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires** afin de vérifier l'admissibilité continue de mon enfant.

NOUVEAU : Le programme de subventions complémentaires passe à un système en ligne/par courriel. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'assurer que le programme de subventions complémentaires dispose d'une adresse courriel à jour.

Signature du parent/tuteur légal

Signature du témoin (toute personne de plus de 16 ans)

_____/_____/_____
Date (dd/mm/yyyy)

CE CONSENTEMENT EST LÉGAL JUSQU'AU 31 MARS 2026 À MOINS D'ÊTRE RÉVOQUÉ PAR ÉCRIT AVANT.

Envoyer le formulaire à Top Up Funding Program – Courriel: topup@easterseals.org Téléc: 416.696.1035

Adresse postale : Easter Seals Ontario, 700-1 Concorde Gate, Suite 700, Toronto, ON M3C 3N6.

La date limite de présentation des demandes est le **31 décembre 2025**. Aucune exception ne sera faite.