

Compagnie d'assurance-vie	Adresse de la succursale	N° de télécopieur
---------------------------	--------------------------	-------------------

Je, _____, consens à ce que des renseignements soient communiqués à une :
 Nom et prénoms de la ou du titulaire de la police
 représentante ou un représentant autorisé de

 Agent de prestation des services

Ministère des Services sociaux et communautaires

a la seule fin de déterminer mon admissibilité à l'aide sociale.

Veillez fournir les renseignements suivants sur toute police d'assurance-vie j'ai souscrite auprès de votre compagnie et renvoyer la présente formule à :

_____ au _____	_____
Nom de l'agent(e)	N° de télécopieur
_____	_____
Adresse du bureau	N° de téléphone
_____	_____
Signature de l'auteur(e)/du (de la) bénéficiaire/du (de la) participant(e)	Date

Réservé au bureau
N° d'identification du membre
Numéro de gestion des cas

	Police n° 1	Police n° 2	Police n° 3
Numéro de la police :			
Titulaire de la police			
Type de police			
Capital assuré			
Date d'émission			
Date d'expiration			
Montant des intérêts, dividendes ou primes versés pendant l'année civile	_____ \$	_____ \$	_____ \$
Date du versement			
Valeur de rachat nette totale			
Privilège ou avance sur police			
Valeur nette actuelle			
La personne assurée reçoit-elle une prestation aux termes d'une clause prévoyant une pension en cas d'invalidité?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, indiquer le montant	<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel _____ \$
À quelle date doit prendre fin le versement de la prestation?			

Signature de la représentante ou du représentant de la compagnie d'assurance	Date
--	------

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

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

Les articles 5, 10, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, ou les articles 7, 8, 15, 57 et 58 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* autorisent la présente collecte de renseignements aux fins de l'application des programmes de l'aide sociale du gouvernement de l'Ontario. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

_____ au _____, au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité.