

Estampille du bureau local du POSPH/OT

Code d'honoraires RASO
K056

Section 1. À remplir par le demandeur

Renseignements sur le demandeur

Nom		Prénom	Initiale
Date de naissance A M J	N° d'identification du membre	Lien de parenté avec la bénéficiaire <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant ou adulte à charge	

Section 2. À remplir par une professionnelle ou un professionnel de la santé approuvé(e) (voir la liste ci-dessous)

La demande doit-être remplie par un des professionnels de la santé agréés suivants :

- Médecin
- Infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure
- Diététiste agréé(e)
- Une sage-femme autorisée ou une sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone

Instructions – Remplissez l'information demandée ci-dessous et apposez votre signature pour confirmer que la personne qui fait la demande est enceinte ou qu'elle nourrit un enfant de moins de 12 mois.

Nom	Prénom
Numéro de la rue	Unité/Suite/App.
Nom de la rue	
Ville/Municipalité	Province
Code postal	
Numéro de téléphone	Estampille
Je suis dûment qualifié(e) pour exercer la profession de :	
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée ou infirmier autorisé de la catégorie supérieure <input type="checkbox"/> Diététiste agréé(e) <input type="checkbox"/> Sage-femme autorisée ou sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone	

Et je confirme que _____ est enceinte ou qu'elle nourrit un enfant d'au plus 12 mois.
Nom de l'auteur(e) de la demande

Signature de la professionnelle ou du professionnel de la santé approuvé(e)

Date

Paiement – Si vous êtes une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure, un ou une diététiste agréé(e), une sage-femme autorisée ou une sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone, veuillez faire parvenir votre facture de 20 \$ au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité mentionné dans la partie supérieure du formulaire de demande. Veuillez à bien inscrire sur la facture le nom et le numéro d'identification de membre du demandeur.

Section 3. Allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement

L'Allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement doit être versée à compter du mois où un professionnel de la santé approuvé signe et date la présente demande jusqu'au mois où la grossesse prend fin. Si la mère allaite, l'allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement doit être versée jusqu'au mois durant lequel le nourrisson atteint l'âge de 12 mois, inclusivement.

La demandeuse : tolère le lactose ou a une intolérance _____ ou _____
 au lactose Date prévue de l'accouchement Date de naissance du nourrisson s'il est allaité

Avis relative à la collecte des 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, y compris pour déterminer l'admissibilité du bénéficiaire et surveiller les tendances en matière de collecte de renseignements et de références. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

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