

## **Comment demander l'Allocation pour régime alimentaire spécial**

### **Étape 1**

Remplir la section 1.

### **Étape 2**

Faire remplir le formulaire par un professionnel des soins de santé.

Seuls les professionnels des soins de santé qui figurent dans la section 2 peuvent remplir le formulaire.

### **Étape 3**

La personne qui demande l'Allocation pour régime alimentaire spécial ou la personne autorisée à signer en son nom (par exemple un fiduciaire) doit apposer sa signature à la Section 4 une fois que le formulaire aura été rempli par le professionnel des soins de santé.

Si l'Allocation pour régime alimentaire spécial est pour un enfant de moins de 16 ans, la Section 4 devra être signée par le demandeur ou le prestataire d'aide sociale ou une personne autorisée à signer au nom de l'enfant (parent ou tuteur de l'enfant).

**Important : La demande ne sera pas approuvée, si la Section 4 n'est pas signée.**

### **Étape 4**

Une fois le formulaire rempli et signé par le demandeur ou le prestataire et le professionnel des soins de santé, l'original doit être envoyé à votre bureau local du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Vous pouvez le remettre en personne ou l'envoyer par la poste.

**Remarque : Les photocopies ne sont pas acceptées.**

Réservé à l'usage du bureau local	
Date de réception	Sceau du bureau local du POSPH ou d'Ontario au travail

Code de tarif de l'OHIP  
K055

## Section 1 – À remplir par le demandeur (se reporter à la Section 4)

### Renseignements sur le demandeur

Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	N° d'identification du membre	Lien avec le prestataire <input type="checkbox"/> vous-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant ou adulte à charge

## Section 2 – À remplir par un professionnel des soins de santé autorisé (se reporter à la liste ci-dessous)

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

- Médecin
- Infirmière autorisée ou infirmier autorisé de la catégorie supérieure
- Diététiste agréé(e)
- Sage-femme autorisée ou sage-femme traditionnelle autochtone reconnue et agréée par sa communauté autochtone (**Remarque** : Une sage-femme autorisée ou une sage-femme traditionnelle autochtone reconnue et agréée par sa communauté autochtone peut confirmer qu'un régime alimentaire spécial est requis que si la lactation est insuffisante pour l'allaitement maternel ou si l'allaitement maternel est contre-indiqué.)

### Directives

1. Lorsque vous remplissez la section 3, 1) veuillez cocher l'état pathologique pour lequel le demandeur nécessite un régime alimentaire spécial; 2) veuillez indiquer la durée du régime; 3) veuillez apposer vos initiales à l'endroit prévu pour confirmer l'état pathologique.
2. Remplir la section suivante et la signer.

Nom de famille	Prénom	Initiale
Numéro d'unité	Numéro municipal	Nom de la rue
Ville/Village/Municipalité	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

### Je suis légalement qualifié comme :

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

### Sceau (facultatif)

et je confirme que j'ai indiqué \_\_\_\_\_ (un, deux, etc.) état(s) pathologique(s) sur ce formulaire qui nécessitent que le demandeur suive un régime alimentaire spécial et que l'information que j'ai fournie est véridique selon mon opinion professionnelle.

Signature du professionnel des soins de santé autorisé

Date (aaaa/mm/jj)

**Remarque** : Aux termes du paragraphe 380(1) du Code criminel du Canada, quiconque par supercherie, mensonge ou autre moyen dolosif frustre le public de quelque bien, argent ou valeur est coupable d'un acte criminel. Aux termes de l'article 79 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* et de l'article 59 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, toute personne qui aide ou encourage sciemment une autre personne à obtenir ou à recevoir une aide à laquelle cette personne n'a pas droit aux termes de la loi est coupable d'une infraction.

**Paiement** – Si vous êtes une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie supérieure, un ou une diététiste agréé(e) ou une sage-femme autorisée ou une sage-femme traditionnelle autochtone reconnue et agréée par sa communauté autochtone, veuillez envoyer votre facture d'une somme de 20,00 \$ au bureau local d'Ontario au Travail ou du POSPH qui est indiqué en haut du formulaire de demande. Assurez-vous d'indiquer le nom du demandeur et le numéro d'identification du membre sur la facture.

### Section 3 – Régime alimentaire spécial

État pathologique qui nécessite un régime alimentaire spécial	Période pendant laquelle le régime spécial est nécessaire pour cet état pathologique	Confirmation de l'état pathologique
<input type="checkbox"/> Allergie au blé	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Maladie coeliaque	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé

**Remarque :** Si les deux troubles sont indiqués, une seule allocation sera versée.

<input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale – a subi une opération de Ross ou une opération de Jatène ou souffert d'une coarctation aortique coexistante	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Obésité morbide : Classe III, IMC > 40	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel ( <b>Remarque :</b> L'allocation sera versée pendant la grossesse et trois mois après la naissance de l'enfant.)	Date de naissance prévue (aaaa/mm/jj)	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie/hyperlipidémie	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Syndrome Prader-Willi (régime des couleurs « rouge, jaune, vert »)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé

**Remarque :** Si plus d'un trouble parmi les sept mentionnés ci-dessus est indiqué, une seule allocation sera versée (la plus élevée).

<input type="checkbox"/> Dysphagie nécessitant des liquides épaissis	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Allergie au lait ou aux produits laitiers	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<input type="checkbox"/> Intolérance au lactose	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé

**Remarque :** Si les deux troubles sont indiqués, seule l'allocation pour l'allergie au lait ou aux produits laitiers sera versée.

<input type="checkbox"/> Lactation insuffisante pour permettre l'allaitement maternel ou contre-indication de l'allaitement maternel	Date de naissance de l'enfant (aaaa/mm/jj)	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé
<p><b>Remarque :</b> Une Allocation pour régime alimentaire spécial sera versée au cours des 12 premiers mois de l'enfant dans les cas où une préparation pour nourrissons est nécessaire, car la lactation est insuffisante pour permettre l'allaitement maternel ou, car l'allaitement maternel est contre-indiqué et que l'enfant a besoin de supplément pour maintenir un poids normal.</p>		
<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé

État pathologique qui nécessite un régime alimentaire spécial	Période pendant laquelle le régime spécial est nécessaire pour cet état pathologique	Confirmation de l'état pathologique
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale – pré-dialyse (DFG <30)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale – dialyse péritonéale et hémodialyse	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
Perte de poids involontaire en raison d'une insuffisance rénale (DFG <30) (veuillez indiquer le degré de perte de poids) :	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
<input type="checkbox"/> perte de poids de > 5 % et ≤10 % <input type="checkbox"/> perte de poids de >10 %		_____

**Remarque :** Si plus d'un trouble parmi les trois mentionnés ci-dessus est indiqué, une seule allocation sera versée (la plus élevée).

<input type="checkbox"/> Syndrome de Rett (IMC <18,5)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m	_____
		Initiales du professionnel des soins de santé

**Remarques :**

- 1) Si le syndrome de Rett (IMC <18,5) est indiqué avec un ou plusieurs des états pathologiques suivants : hépatite C chronique (IMC <25), plaies chroniques ou brûlures (tout stade ou toute proportion de la surface du corps), insuffisance rénale (pré-dialyse ou dialyse péritonéale/hémodialyse) ou toute perte de poids involontaire, une seule allocation, la plus élevée, sera versée.
- 2) Le syndrome de Rett (IMC <18,5) est admissible uniquement pour une durée de 6 à 12 mois.

<input type="checkbox"/> Hépatite C chronique (IMC <25)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m	_____
<input type="checkbox"/> Plaie chronique (degré 1 et 2) ou une brûlure (de 1 à 10 % de la surface du corps)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
<input type="checkbox"/> Plaie chronique (degré 3 et 4) ou une brûlure (de 1 à 10 % de la surface du corps)	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____

**Remarques :**

- 1) Si plus d'un trouble parmi les trois mentionnés ci-dessus est indiqué, une seule allocation sera versée (la plus élevée).
- 2) L'allocation pour l'hépatite C chronique (IMC <25) ne peut être versée que pour une période de 6 à 12 mois.
- 3) Si l'hépatite C chronique (IMC <25) est associée à une perte de poids involontaire (sans égard au trouble), seule l'allocation la plus élevée sera versée.
- 4) Si l'hépatite C chronique (IMC <25) est associée à une insuffisance rénale (pré-dialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse) ou à une perte de poids involontaire en raison d'une insuffisance rénale, seule l'allocation la plus élevée sera versée.

Perte de poids involontaire en raison de l'un ou plusieurs des états suivants (veuillez indiquer le degré de perte de poids) :	<input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> période indéterminée	_____
<input type="checkbox"/> perte de poids >5 % et ≤10 % <input type="checkbox"/> perte de poids >10 %		_____
Sclérose latérale amyotrophique	Malignité	
Anorexie mentale	Sclérose en plaques	
L'hépatite C chronique (IMC <25) avec un traitement à l'interféron	Dystrophie musculaire	
Cirrhose (Stade 3 et 4)	Stomies	
Insuffisance cardiaque congestive	Insuffisance pancréatique	
Maladie de Crohn	Maladie de Parkinson	
Fibrose kystique	Syndrome de l'intestin court	
VIH/sida	Colite ulcéreuse	
Chorée de Huntington		
Lupus		

**Remarques :**

- 1) Si l'hépatite C chronique (IMC <25) et un traitement à l'interféron sont indiqués avec un ou plusieurs des états pathologiques suivants : hépatite C chronique (IMC <25), plaies chroniques ou brûlures (tout stade ou toute proportion de la surface du corps) ou insuffisance rénale (pré-dialyse ou dialyse péritonéale/hémodialyse), une seule allocation, la plus élevée, sera versée.
- 2) Une seule Allocation pour régime alimentaire spécial sera versée pour une perte de poids involontaire (ce qui inclut la perte de poids involontaire en raison d'une insuffisance rénale) par demandeur ou prestataire. Si plus d'un régime alimentaire pour perte de poids involontaire est indiqué, une seule allocation sera versée (la plus élevée).

## Section 4 – Déclaration de l'auteur(e) de la demande et consentement à la divulgation de renseignements

La personne qui fait une demande d'Allocation pour régime alimentaire spécial, ou la personne autorisée à signer en son nom, doit signer la déclaration et le consentement à la communication de renseignements.

Si l'Allocation pour régime alimentaire spécial est pour un enfant de moins de 16 ans, la déclaration et le consentement à la communication de renseignements doivent être signés par le demandeur ou le prestataire d'aide sociale ou par une personne qui est autorisée à signer au nom de l'enfant.

**(Important : La demande ne sera pas approuvée si la déclaration et le consentement à la divulgation de renseignements ne sont pas signés.)**

Je déclare que les renseignements dans le présent formulaire sont, pour autant que je sache, véridiques, exacts et complets. Je consens à ce que le professionnel des soins de santé qui a rempli le formulaire communique au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (le « Ministère ») ou à l'agent de prestation des services désigné dans la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* (l'« agent de prestation de services ») des renseignements de mon dossier médical qui concernent l'information déclarée dans le présent formulaire. Je comprends que le Ministère ou l'agent de prestation de services utilisera l'information de mon dossier médical pour déterminer mon admissibilité initiale ou pour réexaminer mon admissibilité à l'Allocation pour régime alimentaire spécial.

J'ai lu et signé le présent consentement librement et volontairement. Je comprends que je peux refuser de signer le consentement et que, le cas échéant, l'Allocation pour régime alimentaire spécial ne sera pas accordée. Je comprends que je peux révoquer ou modifier mon consentement en tout temps, mais que cela pourrait changer mon admissibilité à l'Allocation pour régime alimentaire spécial.

---

Signature du demandeur ou de la personne autorisée

Date (aaaa/mm/jj)

---

**Remarque :** Aux termes du paragraphe 380(1) du Code criminel du Canada, quiconque, par supercherie, mensonge ou autre moyen dolosif, frustre le public de quelque bien, argent ou valeur est coupable d'un acte criminel. En vertu de l'article 79 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* et de l'article 59 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, quiconque obtient ou reçoit sciemment une prestation ou une aide sans y avoir droit aux termes de la loi et des règlements est coupable d'une infraction.

### **Avis au sujet de 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)*

Ces renseignements sont recueillis aux termes des dispositions des articles 5, 10, 45, et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* ou des articles 7, 8, 57 et 58 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* pour les besoins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario, notamment pour déterminer l'admissibilité du prestataire à l'Allocation pour régime alimentaire spécial (l'« Allocation ») et pour faire le suivi des allocations versées afin de s'assurer que tous les bénéficiaires répondent aux critères d'admissibilité; que les objectifs de l'Allocation sont respectés en compilant les tendances et les données sur l'utilisation de l'Allocation et sur les états pathologiques pour lesquels les bénéficiaires ont droit à une allocation; et que les formulaires de demande d'Allocation sont complets. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec

\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, à votre bureau local du programme Ontario au travail ou du POSPH.