

**Enfant/
Jeune**

Remarque : une demande pour chaque enfant/jeune.

Date de naissance Sexe

Diagnostic primaire* :

*Remarque : seuls seront acceptés les rapports des professionnels de la santé qualifiés pour émettre un diagnostic.

**Parent/
Tuteur**

Rue

Ville Code postal

Téléphone résidentiel

Autre numéro de téléphone

Courriel

Êtes-vous membre d'Autisme Ontario ?

Nom du chapitre

Remarque : il n'est nécessaire d'être associé à Autisme Ontario pour obtenir de l'aide financière de ce fonds.

**Travailleur
de soutien**

Rue

Ville Code postale

Téléphone résidentiel

**Programme(s)
du camp**

Ville

Numéro de téléphone

Date d'inscription au camp
Début Fin

Ci-joint les trois documents suivants :

- 1 Preuve de diagnostic (copie claire et lisible)
OU Le diagnostic est déjà classé chez Autisme Ontario
- 2 Reçus originaux provenant du travailleur de soutien individuel
OU Reçus originaux provenant du camp ou du programme
- 3 Cette demande dûment remplie et signée

Processus d'inscription

- 1) Autisme Ontario accepte les demandes pour remboursement pour un minimum de 660 familles.
- 2) Veuillez remplir la demande et la poster avec un copie du diagnostic pour des fins l'inscription. Une fois la documentation reçue, un remboursement jusqu'à concurrence de 400 \$ sera alloué dans un délai de 10 jours ouvrables.
- 3) La formulaire, le diagnostic et les reçus doivent nous être parvenus au plus tard le 31 Mars 2010 avant qu'un remboursement puisse être effectué.

Remarque

- i. Autisme Ontario remboursera un maximum de 400 \$ par enfant/adolescent pour les frais encourus par un parent/tuteur qui fait appel aux services d'un travailleur de soutien individuel (le travailleur doit être âgé de 18 ans ou plus) **OU** les frais occasionnés pour participer au camp de la semaine de relâche entre le 15 et le 19 mars 2010 pour son enfant/adolescent ayant un TSA.
- ii. Les chèques ne seront pas émis avant qu'Autisme Ontario n'ait reçu tous les documents (preuve de diagnostic, demande dûment signée et reçus originaux).
- iii. Il n'est pas nécessaire d'adhérer à Autisme Ontario pour avoir accès à ces fonds, conformément aux directives de l'Agence du revenu du Canada. Cependant, l'enfant/adolescent à qui le fonds est destiné doit avoir été diagnostiqué avec un TSA.

Déclaration de responsabilité

Je reconnais qu'aucun renseignement ne sera divulgué sans mon consentement. Je promets d'indemniser Autism Society Ontario (fonctionnant sous le nom d'Autisme Ontario) et chacun de ses dirigeants, directeurs, employés, bénévoles et agents, contre toute réclamation, action en justice ou requête, y compris, mais sans que cette énumération soit complète, les honoraires juridiques et comptables raisonnables, à la suite de mon recours au financement familial. Je reconnais qu'Autisme Ontario n'appuie aucun camp ni aucun programme. Je reconnais également qu'Autisme Ontario n'appuie ni ne forme aucune personne pour travailler individuellement avec mon enfant. Autisme Ontario respecte la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). Tous les renseignements recueillis sont sauvegardés en toute confidentialité. Pour lire la politique sur la vie privée d'Autisme Ontario, visitez www.autismontario.com.

En signant ce formulaire, je reconnais la déclaration de responsabilité ci-dessus et certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques, exacts et complets et ce, au meilleur de ma connaissance.

Signature du parent/tuteur :

Date:

VEUILLEZ POSTER TOUS LES DOCUMENTS À :

Autisme Ontario
ATTN : Ginny Kontosic
1179 rue King ouest, suite 004
Toronto, ON M6K 3C5
Tél : 416-246-9592 poste 225
Télécopie : 416-246-9417
ginny@autismontario.com

STAFF USE ONLY

Application Received: Diagnosis Received: Amount Requested: Application Approved: Amount Approved: Cheque #: Cheque Date:
Authorized: Date: Authorized: Date: