

## Ostomy Grant Applicant Information

## Formule de demande de subvention pour stomisés

The collection of the information on this form is authorized under the *Ministry of Health Act*, R.S.O. 1990, c.M.26, section 6(1) to determine eligibility for assistance under the Assistive Devices Program. For further details concerning this collection, please contact the Senior Program Coordinator, Assistive Devices Program, 5700 Yonge Street, 7th Floor, Toronto ON M2M 4K5, telephone (416) 327-8804, 1-800-268-6021, facsimile (416) 327-8192

Les renseignements contenus dans cette formule sont réunis en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, L.R.O. 1990, chap. M.26, paragraphe 6 (1) afin de déterminer l'admissibilité à une aide en vertu du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels. Pour se renseigner sur les pratiques de collecte des renseignements, il convient de s'adresser au Chef, conseiller du programme d'appareils et accessoires fonctionnels, 5700, rue Yonge, 7<sup>e</sup> étage, Toronto ON M2M 4K5, téléphone : (416) 327-8804, 1 800 268-6021, télécopieur : (416) 327-8192.

**Please print.**

**En lettres moulées.**

**Facsimile or photocopies of this form are not acceptable.**

**Les télécopies ou les photocopies ne seront pas acceptées.**

Last name/Nom de famille		First name/Prénom		Initials Initiales	Date of birth /Date de naissance dd/jj mm yyyy/aaaa		Sex/Sexe
Apt. no./N° d'app.	Address/Adresse			City, town/Ville		Prov. <b>O N</b>	
Postal code/Code postal		Telephone no./ N° de téléphone		Health no./N° de carte Santé		Version code Code de version	

I am receiving social assistance benefits./Je reçois des prestations d'aide sociale.  yes/oui  no/non

If yes, check one only:/Si oui, cochez seulement un des programmes suivants :

- Ontario Works (OW)  
Ontario au travail
- Ontario Disability Support Program (ODSP)  
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
- Assistance to Children with Severe Disabilities (ACSD)  
Aide aux enfants gravement handicapés

Is the above person a resident of a Long-Term Care facility?/La personne susmentionnée est-elle pensionnaire d'un établissement de soins de longue durée?

yes/oui  no/non

If yes, indicate the name of the facility :/Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'établissement :

### Your Doctor or Nurse Practitioner must fill in this section/ Votre médecin ou infirmière praticienne doit remplir cette section

Date of surgery/Date de l'intervention day/jour mo./mois year/année	Type of Surgical Intervention/Type d'intervention <input type="checkbox"/> Permanent Colostomy Colostomie permanente <input type="checkbox"/> Permanent Ileostomy Iléostomie permanente <input type="checkbox"/> Permanent Urostomy/Ileal conduit Urostomie permanente <input type="checkbox"/> Continent Reservoir (pouch) Iléostomie continente de Koch (avec sac)
--	--

I certify that the above named person has had a surgical intervention resulting in a permanent ostomy, as indicated above.  
J'atteste que la personne susmentionnée a subi une intervention chirurgicale résultant en une stomie permanente indiquée ci-dessus.

Physician's name (Please print) / Nom du médecin (en lettres moulées)	Nurse Practitioner's name (Please print) / Nom de l'infirmière praticienne (en lettres moulées)
Physician's signature (Note: A stamped signature is not acceptable) Signature du médecin (Nota : Les signatures sur tampons ne sont pas acceptées) day/jour mo./mois year/année	Nurse Practitioner's signature (Note: A stamped signature is not acceptable) Signature de l'infirmière praticienne (Nota : Les signatures sur tampons ne sont pas acceptées) day/jour mo./mois year/année

Physician's Health Insurance billing no./ N° de facturation à l'assurance-santé du médecin	Telephone no./ N° de téléphone	RN (EC) Provider Number/ Numéro de fournisseur - IA (EC)	Telephone no./ N° de téléphone
--	--------------------------------	---	--------------------------------

**Is payment to be made out to person and/or address other than above?  
Le paiement doit-il être effectué au nom d'une personne ou à une adresse autre que celle mentionnée plus haut?**

no/non  yes/oui (please indicate name, address, and relationship below/dans l'affirmative, indiquez le nom, l'adresse et le lien de parenté ci-dessous)

Cheque to be made payable to (client/family/agency):/Le chèque doit être fait à l'ordre de (client(e)/famille/organisme) :		<b>Agent only (see #9) Réservé aux agents (voir #9)</b> <input type="checkbox"/> documents enclosed documents joints <i>Failure to provide appropriate documentation will result in a delay in payment. Tout document manquant retardera le paiement.</i>
Name of payee/Nom du/de la prestataire		
Address of payee (if different from above)/Adresse du/de la prestataire (si elle est différente de l'adresse susmentionnée)		
Date	Signature	Relationship/Lien de parenté

I certify that I am not a resident of an acute or a chronic care hospital. I certify that the above information is true, correct and complete to the best of my knowledge. I authorize the release of information collected under sections 4(2), 2(3), 4.1(1) and (2) of the *Health Insurance Act* R.S.O. 1990, c.H. 6 in order to verify that I am eligible for health coverage.

Je certifie que je ne suis pas pensionnaire d'un établissement de soins actifs ou chroniques. Je certifie que, à ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont véridiques, exacts et complets. J'autorise la divulgation des renseignements réunis en vertu des articles 4(2), 2(3), 4.1(1) et (2) de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O., 1990, chap. H.6 afin de vérifier que je suis bien admissible aux prestations de l'assurance-santé.

I consent to the collection and disclosure of medical and non-medical information by the Assistive Devices Program (ADP) to the Workplace Safety & Insurance Board (WSIB), and by the WSIB to the ADP, to determine my eligibility to receive funding assistance from the ADP.

Je consens à ce que le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels recueille des renseignements médicaux ou autres et les communique à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (commission) et à ce que la commission recueille de tels renseignements et les communique à le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, afin de déterminer mon admissibilité à une aide financière de le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels.

day/jour mo./mois year/année  
Date signed  
Date de la signature

(Applicant's signature/Signature de l'auteur/e de la demande)

Please mail completed application to:  
Assistive Devices Program  
5700 Yonge Street, 7th floor  
Toronto ON M2M 4K5

Veillez envoyer la demande dûment remplie par la poste à :  
Programme d'appareils et accessoires fonctionnels  
5700, rue Yonge, 7<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5

### 1. Who can apply?/Qui peut demander une subvention?

Ontario residents who have a permanent colostomy, ileostomy, urostomy, ileal conduit or continent pouch/reservoir.

Les résidents et résidentes de l'Ontario qui ont une colostomie, une iléostomie, une urostomie permanente ou une iléostomie continente de Koch/avec sac.

### 2. Who cannot apply?/Qui ne peut demander une subvention?

The program is not intended for persons who have had surgery resulting in a temporary ostomy.

Ce programme ne s'adresse pas aux personnes qui ont subi une intervention chirurgicale entraînant une stomie temporaire.

The Program is not intended for persons who reside in chronic care hospitals or who reside in Schedule I or III Ministry of Community and Social Services (MCSS) Residential facilities. People in Schedule II Ministry of Health (MOH) facilities are also not eligible. These facilities provide ostomy supplies to their residents.

Ce programme ne s'adresse pas aux personnes qui résident dans un hôpital pour malades chroniques ou dans des établissements résidentiels de catégorie I ou III relevant du ministère des Services sociaux et communautaires. Les personnes résidant dans des établissements de catégorie II relevant du ministère de la Santé ne peuvent également être admissibles. Ces établissements fournissent déjà les produits pour stomisés à leurs pensionnaires.

People receiving financial assistance for their ostomy supplies from the Workplace Safety & Insurance Board (WSIB) or Group A Veterans, are not eligible for ADP funding.

Les personnes qui reçoivent de l'aide financière pour leurs fournitures de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (commission) ou des clients classés «groupe A (Anciens combattants)», ne sont pas admissibles à une subvention du PAAF.

### 3. Do I need to see my Doctor or Nurse Practitioner?/Ai-je besoin de voir mon médecin ou une infirmière praticienne?

Yes. Your doctor or nurse practitioner must certify that you have a permanent colostomy, ileostomy, urostomy, ileal conduit or continent pouch/reservoir.

Oui. Votre médecin ou infirmière praticienne doit attester que vous avez une colostomie, une iléostomie, une urostomie permanente ou une iléostomie continente de Koch/avec sac.

### 4. How do I apply?/Que dois-je faire pour soumettre ma demande?

Fill in your name, address, date of birth, telephone number and health number on the attached Ostomy Grant Applicant Information form. After you have seen your doctor or nurse practitioner, you must sign and date the bottom of the form. Send the completed form to:  
Ministry of Health and Long-Term Care  
Assistive Devices Program  
5700 Yonge Street, 7th Floor  
Toronto ON M2M 4K5

Donnez votre nom, adresse, date de naissance, numéro de téléphone et numéro de carte Santé, aux endroits indiqués sur la formule de demande de subvention pour stomisés ci-jointe. Après avoir vu votre médecin ou infirmière praticienne, vous devez signer et dater le bas de la formule. Faites parvenir la formule de demande dûment remplie au :  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Programme d'appareils et accessoires fonctionnels  
5700, rue Yonge, 7<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M2M 4K5

### 5. How much money will I receive?/Combien d'argent vais-je recevoir?

If you have one ostomy, you are eligible to receive \$600 per year. If you have two ostomies, for example, a colostomy and a urostomy, you will receive \$1,200 per year. If you are receiving social assistance benefits under Ontario Works, Ontario Disability Support Program or Assistance to Children with Severe Disabilities, you are eligible to receive \$800 per ostomy. Residents of Long Term Care facilities (*formerly Homes for the Aged and Nursing Homes*) are eligible for \$800 per ostomy. Make sure you check the appropriate box in the upper section of the application form.

Si vous avez une stomie, vous avez droit à 600 \$ par année. Si vous en avez deux, par exemple une colostomie et une urostomie, vous recevrez 1 200 \$ par année. Si vous recevez des prestations d'aide sociale en vertu du programme Ontario au travail, du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, ou Aide aux enfants gravement handicapés, vous pouvez recevoir 800 \$ pour chaque stomie. Les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée (appelés anciennement foyers pour personnes âgées et maisons de soins infirmiers) peuvent recevoir 800 \$ par stomie. Assurez-vous de cocher la bonne case au haut de la formule de demande.

### 6. How will payment be made?/Comment le paiement me sera-t-il versé?

You will receive two cheques in equal amounts, the first about six weeks after we receive your application and the other about six months later. If you prefer to set up direct deposit, call 1-800-267-9458.

Vous recevrez deux chèques d'égal montant, le premier environ six semaines après la réception de votre demande, l'autre environ six mois plus tard. Si vous préférez établir un compte de virement automatique, composez le 1-800-267-9458.

### 7. How often must I apply?/Quand dois-je présenter une demande?

A renewal form will be mailed to you every two years. You must complete and return this form to the ADP to continue receiving your ostomy grant. After this form is returned, the ADP will continue to automatically send you payments every six months for the following two years.

Une formule de renouvellement vous sera envoyée par la poste tous les deux ans. Vous devez remplir cette formule et la renvoyer au PAAF pour continuer de recevoir votre subvention pour stomisés. Une fois la formule retournée, le PAAF continuera de vous envoyer les paiements tous les six mois pour les deux prochaines années.

### 8. I am a resident of a Long Term Care Facility. How can I have payment sent to the facility?/Je réside dans un établissement de soins de longue durée. Comment pourrai-je faire pour que le paiement soit versé à l'établissement?

You or your agent must indicate the name and address of the facility in the section "Payment to be made to person and/or address other than above?"

Vous ou votre représentant(e) devez indiquer les noms et adresses de l'établissement dans la partie "paiement doit être effectué au nom d'une personne ou à une adresse autre que celle mentionnée plus haut?"

### 9. What documents should agents provide if signing on behalf of the applicant or if payment is made to alternate person or address?/Quels documents les représentants doivent-ils fournir lorsqu'ils signent au nom de l'auteur(e) de la demande ou si le paiement doit être versé à une autre personne ou acheminé à une autre adresse?

Agents should attach applicable documents such as:

- Continuing Power of Attorney for Property
- Guardian of Property

Les représentants doivent joindre les documents pertinents tels que :

- procuration continue relative aux biens
- tuteur aux biens

### 10. Will the OHIP database tell ADP when I have changed my address or surname?/Le PAAF pourra-t-il voir mon changement d'adresse ou de nom dans la base de données de l'Assurance-santé de l'Ontario?

No. It is extremely important that you, your family or agent, notify both ADP and OHIP whenever you change your address or surname. Failure to do so will result in cancellation of your grant.

Non. Si vous changez d'adresse ou de nom, il est extrêmement important que vous en avisiez l'Assurance-santé de l'Ontario et le PAAF ou que votre famille ou votre représentant ou représentante le fasse à votre place. Si cette obligation n'est pas respectée, votre subvention sera annulée.

### 11. I lost my health card and now I have a new one. Does ADP need to be notified?/J'ai perdu ma carte Santé et j'en ai obtenu une nouvelle. Le PAAF doit-il en être avisé?

Yes. ADP automatically checks your health number and date of birth with the health card database. If something does not match your payment will not be issued.

Oui. Le PAAF vérifie automatiquement vos numéro de carte Santé et date de naissance dans la base de données sur les cartes Santé. Si un renseignement n'est pas exact, votre paiement ne vous sera pas versé.

### 12. Where should I buy my ostomy supplies?/Où dois-je me procurer mes fournitures?

You can buy your supplies from any store in Ontario which sells these products.

Vous pouvez acheter vos fournitures dans n'importe quel magasin qui vend ce type de produits en Ontario.

It is very important that you receive teaching in the proper way to put on your appliance. Nurses who have had special training, called enterostomal therapists, can help you decide the best product. They will teach you how to use your ostomy appliance.

Il est très important qu'on vous montre comment porter votre appareil. Les membres du personnel infirmier qui ont reçu une formation spéciale à cette fin s'appellent stomothérapeutes. Ils peuvent vous aider à choisir le produit qui vous convient le mieux et vous montrer comment l'utiliser.

Enterostomal therapists work in hospitals, or local health care agencies that provide visiting nurse services. If this kind of service is not available in your community you should go to a home health care supply outlet or pharmacy where they may have people on staff who can help you.

Les stomothérapeutes travaillent dans les hôpitaux ou dans les organismes de soins de santé qui offrent des services d'infirmière visiteuse. Si ce genre de services n'est pas offert dans votre communauté, adressez-vous à un magasin de fournitures médicales ou à une pharmacie, où le personnel pourra peut-être vous aider.

### 13. Will my insurance cover any additional costs?/Mon assurance couvre-t-elle les frais supplémentaires, le cas échéant?

Many private insurance plans will. If you have private medical coverage, check with them to see if they will reimburse your additional costs.

Un grand nombre de régimes d'assurance privés le font. Si vous avez un régime d'assurance-santé privé, vérifiez auprès de votre compagnie d'assurance si elle vous remboursera vos frais supplémentaires.

### 14. Should I keep my paid receipts?/Dois-je conserver mes reçus?

Yes, you must keep your receipts or copies of your receipts, for two years. The Ministry of Health may ask you to produce receipts to confirm your claim.

Oui, vous devez conserver vos reçus ou une copie de vos reçus pendant deux ans. Le ministère de la Santé vous demandera peut-être de les présenter pour confirmer votre demande de règlement.

Remember that for income tax purposes, you can only claim receipts for expenditures that exceed the amount of your grant.

N'oubliez pas qu'aux fins de l'impôt sur le revenu, vous ne pouvez demander que le remboursement des dépenses qui excèdent le montant de votre subvention.

### 15. What if I have more questions?/Et si j'ai d'autres questions?

Call ADP at one of the numbers listed below:  
Toronto (416) 327-8804  
Toll-free 1-800-268-6021  
TDD (for the deaf) 1-800-387-5559

Appelez le PAAF à l'un des numéros figurant ci-dessous.  
Toronto (416) 327-8804  
Sans frais 1 800 268-6021  
ATS (pour malentendants) 1 800 387-5559

Vendors and enterostomal therapists may also be helpful in answering your questions.

Certains vendeurs, vendeuses et stomothérapeutes pourront peut-être, eux aussi, répondre à vos questions.