

Demande initiale

Suivi

District of Nipissing  
Social Services  
Administration Board



Conseil d'administration  
des services sociaux  
du district de Nipissing

## RECOMMANDATION DE SUBVENTION POUR LA GARDE D'ENFANTS

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DES SERVICES SOCIAUX. L'INFORMATION SERVIRA À DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ À UNE SUBVENTION POUR LA GARDE D'ENFANTS.

Veuillez remplir toutes les sections. Merci

DATE:

### VEUILLEZ COCHER LA CASE QUI S'APPLIQUE :

#### Formulaire rempli par:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> La place des enfants | <input type="checkbox"/> Société d'aide à l'enfance                    | <input type="checkbox"/> Mains         |
| <input type="checkbox"/> Centre multiculturel | <input type="checkbox"/> Intégration communautaire North Bay           | <input type="checkbox"/> La Passerelle |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille   | <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne ou infirmier praticien | <input type="checkbox"/> Autre         |

Si vous avez indiqué « Autre », veuillez préciser le nom de l'organisme et le titre de votre poste (veuillez noter que cette information est sujette à vérification) :

### LA DEMANDE CONCERNE-T-ELLE LE(S) ENFANT(S) OU LE(S) PARENT(S)?

**Veillez cocher, puis remplir la section correspondante.**

#### DEMANDE CONCERNANT LE(S) ENFANT(S):

- L'enfant a-t-il reçu un diagnostic de besoins particuliers ou de condition médicale?  Non  Oui
  - L'enfant reçoit-il l'un des services indiqués ci-dessus?  Non  Oui
  - L'enfant est-il inscrit sur une liste d'attente pour l'un des services indiqués ci-dessus?  Non  Oui
  - L'enfant participe-t-il au Programme d'appui à l'inclusion? (services de soutien fournis au centre de garde d'enfants)?  Non  Oui

- L'enfant a-t-il besoin d'un soutien autre que pour des besoins médicaux ou particuliers (recommandation de la Société d'aide à l'enfance, d'un médecin, du Centre multiculturel ou autre)? (e.g. Referrals from CAS, physicians, Multicultural Society, other)?  Non  Oui
  - Quels sont les besoins prioritaires de l'enfant? Veuillez cocher toutes les réponses applicables.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Développement physique                    | <input type="checkbox"/> Communication                              | <input type="checkbox"/> Langage          |
| <input type="checkbox"/> Changement dans la dynamique familiale    | <input type="checkbox"/> Nouveau venu au Canada                     | <input type="checkbox"/> Soutien culturel |
| <input type="checkbox"/> Développement de relations avec les pairs | <input type="checkbox"/> Autre (par exemple, préparation à l'école) |   |

- Si vous avez coché « Autre », veuillez donner une explication détaillée qui sera examinée par le CASSDN:
- En quoi le placement dans un centre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants permettrait-il de répondre aux besoins de l'enfant ou des enfants?

**DEMANDE CONCERNANT LE(S) PARENT(S)** (Société d'aide à l'enfance, médecin de famille, etc.)

Le parent a-t-il reçu un diagnostic de besoins particuliers ou de condition médicale?  Non  Oui

1. Le parent a-t-il besoin d'un soutien autre que pour des besoins médicaux ou particuliers (Société d'aide à l'enfance, Centre communautaire de counselling du Nipissing, Centre multiculturel, etc.)?  Non  Oui

➤ Il n'est pas obligatoire de fournir des renseignements sur le diagnostic ou la condition médicale du parent.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

Nom complet du(des) parent(s) ou tuteur(s) :	Adresse du domicile:	Numéro de téléphone

Enfant(s) ayant besoin de services de garde:

Nom complet de l'enfant ou des enfants:	Date de naissance:

**\*\*\* Ce formulaire doit être rempli et signé par la personne qui effectue la recommandation. \*\*\***

Date à laquelle les services de garde sont requis:	
Date de début: <input type="checkbox"/> Journée complète (6 heures ou plus) <input type="checkbox"/> Demi-journée (moins de 6 heures) <input type="checkbox"/> Journées pédagogiques/congés scolaires <input type="checkbox"/> Avant l'école <input type="checkbox"/> Après l'école	Date de fin ou durée: <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois  semaines
Nombre de jours par semaine (recommandation): <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Jeu <input type="checkbox"/> Ven	Horaire pour les services de garde (recommandation) :

**\*\*NOTE:**

- Avant d'approuver la demande, le CASSDN en examinera le contenu pour déterminer si le formulaire est complet. La demande pourrait être refusée ou mise en attente si des informations sont manquantes ou des sections sont omises.
- La demande doit être remplie par un professionnel ou un organisme tiers. Pour éviter tout conflit d'intérêts potentiel, la personne qui signe la demande ne doit pas avoir de lien de parenté avec l'enfant ou le parent.
- Si le professionnel ou l'organisme ne fournit plus de soutien à l'enfant ou au parent, veuillez en informer le bureau des subventions pour la garde d'enfants (les coordonnées se trouvent ci-dessous).
- **UNE RECOMMANDATION SIGNÉE DOIT ÊTRE FOURNIE AU MOINS UNE FOIS PAR ANNÉE.** Le formulaire doit également être mis à jour si un soutien devient nécessaire au-delà de la durée recommandée, du nombre de jours par semaine ou des heures de garde recommandées.
- Le CASSDN ne couvre en aucun cas les frais associés à ces demandes.

---

Organisme/service/professionnel effectuant la recommandation

---

Numéro de téléphone

---

Nom de la personne effectuant la recommandation  
(en toutes lettres)

---

Lien avec le demandeur

---

Signature de la personne effectuant la recommandation

---

Date

**CONTACTER LE CASSDN:**

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS: 705-474-2151, poste. **15558**

ENVOI DE DOCUMENTS: Communiquer directement avec un(e) représentant(e):

[Veuillez Choisir](#)

Si vous ne connaissez pas le nom de la représentante ou du représentant, envoyez un courriel à [childrenservices@dnssab.ca](mailto:childrenservices@dnssab.ca)

Télécopieur: 705-474-8985 North Bay

À l'attention des : SERVICES À L'ENFANCE

Par la poste : CASSDN/SERVICES À L'ENFANCE

200, rue McIntyre Est, C.P. 750  
**North Bay** (Ontario) P1B 8J8

94, rue King, unité 15  
**Sturgeon Falls** (Ontario) P2B 2Z5

540, prom. Valois  
**Mattawa** (Ontario) P0H 1V0

**Avis de 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 en vertu de la *Loi sur les prestations familiales*, L.R.O. 1990, chap. F.2, articles 9 et 12; de la *Loi de 1997 sur le Programme de soutien aux personnes handicapées de l'Ontario*, articles 5 et 10; ou de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*, articles 7, 8 et 15, aux fins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario