

**A. Applicant**

Last name	First name	Social Insurance no.	
Name of the Home for Special Care	Address (no. and street)	City or town	Postal Code

**B. Applicant Income Statement**

Notice of Assessment sent by the Minister of National Revenue, to the tenant, for the immediately preceding year is attached.

If the tenant is not required to file with the Canada Revenue Agency an income tax return for the immediately preceding year or if the Notice of Assessment is unavailable, attach (1) a statement describing circumstances and indicating what acceptable documentation is being used as proof of the tenant's disposable income for the immediately preceding year; and (2) proof of tenant's disposable income for that year.

Income	\$ Monthly	\$ Annually		\$ Monthly	\$ Annually
Ontario Disability Support Program (ODSP)			Old Age Security Pension		
Ontario Works			Other Pensions		
Employment Income			Employment Insurance		
Self-employment Income			Support Payments Received		
Interest Income			Other (specify)		
Canada Pension Plan Benefits					
			<b>Total Income</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

1. \*Net Income (Total Income – Expenses allowed by Revenue Canada) (line 236 from Notice of Assessment) \$
2. Total Payable Federal and Provincial taxes (line 435 from Notice of Assessment) ..... \$
3. Disposable Annual Income (subtract "item 2" from "item 1"). ..... \$

\* Income from Registered Disability Saving Plans is not to be included in Net Income.

**C. Applicant Certification**

I, the applicant, hereby apply for a reduction in rent and care fees, and declare that, to the best of my knowledge, the information I provided is true and complete. I consent to the Ministry of Health and Long-Term Care's collection and use and disclosure of the information provided on or attached to this form. I understand that this information will only be used or disclosed for the purpose of calculating and determining whether I am eligible for a reduction in rent and care fees. I understand that I may withhold my consent to the collection of this information, and if I do, I will not be eligible for a reduction in rent and care fees.

Signature of applicant	Date	Address	Telephone no.
Signature of witness	Date	Name of witness (please print)	
Address of witness	City	Province	Postal Code
Signature of substitute decision maker	Date	Name of substitute decision maker	
Address of substitute decision maker	City	Province	Postal Code

**D. Calculated Rate (to be completed by Home for Special Care Field Office Staff)**

**Monthly Rate**

- (i) Monthly rate  
(subtract the annual personal needs allowance total from Section B Disposable Annual Income item 3 and then ÷ 12) \$
- (ii) Lesser of line (i) above or the maximum prescribed rent and care rate (monthly per diem) ..... \$

**Daily Rate**

Monthly rate above ÷ 30.4167 ..... \$

Reviewed by (Field Office staff)	Date	Verified by (Ministry staff)	Date
----------------------------------	------	------------------------------	------

This information is collected in order to calculate the reduction in the rent and care fee payable by the tenant of a Home for Special Care. The Authority for the collection is R.S.O. 1990, Regulation 636, s. 43 under the Home for Special Care Act. If you have questions about the collection of this information, please contact Manager of Supply and Financial Services Branch, 5700 Yonge Street, 10th floor, Toronto ON M2M 4K5. Tel no. 416 327-7972.

**A. Auteur(e) de la demande**

Nom de famille		Prénom		No d'assurance sociale	
Foyer de soins spéciaux	Adresse (no et rue)		Ville	Code postal	

**B. Déclaration de revenu de l'auteur(e) de la demande**
 Ci-joint un Avis de cotisation envoyé par le ministre du Revenu national au (à la) pensionnaire pour l'année précédente..

Si le (la) pensionnaire n'est pas tenu(e) de fournir une déclaration de revenus à l'Agence du revenu du Canada pour l'année précédente, ou si un Avis de cotisation n'est pas disponible, veuillez joindre (1) une déclaration décrivant les circonstances et indiquant quel document sera utilisé comme preuve du revenu disponible du (de la) pensionnaire pour l'année précédente et (2) une preuve du revenu disponible du (de la) pensionnaire pour cette année.

Revenu	\$ mensuel	\$ annuel		\$ mensuel	\$ annuel
Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)			Pension de la sécurité de la vieillesse		
Ontario au travail			Autres pensions		
Revenu d'emploi			Assurance-emploi		
Revenu de travail autonome			Pension alimentaire reçue		
Revenu d'intérêts			Autre (précisez)		
Prestations du Régime de pensions du Canada					
			<b>Revenu total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

1. \*Revenu net (revenu total – dépenses autorisées par Revenu Canada) (ligne 236 de l'Avis de cotisation) \$
2. Total des impôts fédéral et provincial à payer (d'après la ligne 435 de l'Avis de cotisation) ..... \$
3. Revenu annuel disponible (soustraire le montant inscrit au no 2 du montant inscrit au n° 1) ..... \$

\* Le revenu d'un régime enregistré d'épargne-invalidité ne doit pas être inclus dans le revenu net.

**C. Attestation de l'auteur(e) de la demande**

Je soussigné(e), en ma qualité d'auteur(e) de la demande, désire obtenir une réduction des frais de loyer et de soins, et déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques et complets. Je consens à ce que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée recueille, utilise et divulgue les renseignements fournis sur ce formulaire ou joints à celui-ci. Je comprends que ces renseignements seront utilisés ou communiqués dans le seul but de calculer et de déterminer mon admissibilité à une réduction des frais de loyer et de soins. Je comprends également que je peux refuser de consentir à la collecte de ces renseignements et que, dans ce cas, je ne serai pas admissible à une réduction des frais de loyer et de soins.

<b>Signature de l'auteur(e) de la demande</b>	Date	Adresse	N° de téléphone
<b>Signature du témoin</b>	Date	Nom du témoin (lettres moulées SVP)	
Adresse du témoin	Ville	Province	Code postal
<b>Signature de la personne habilitée à prendre des décisions au nom du (de la) pensionnaire</b>	Date	Nom de la personne habilitée	
Adresse de la personne habilitée	Ville	Province	Code postal

**D. Tarif calculé (à remplir par le personnel du foyer de soins spéciaux)**
**Tarif mensuel**

- (i) Tarif mensuel ((déduire le total de l'allocation annuelle pour besoins personnels du Revenu annuel disponible, no 3 à la section B, et diviser ensuite par 12) ..... \$
- (ii) Le moindre du montant indiqué à la ligne (i) ci-dessus ou des frais de loyer et de soins prescrits maximums (coût mensuel du tarif quotidien) ..... \$

**Tarif quotidien** Tarif mensuel ci-dessus ÷ 30,4167 ..... \$

Reçu par (personnel du bureau)	Date	Vérifié par (personnel du ministère)	Date
--------------------------------	------	--------------------------------------	------

Ces renseignements sont recueillis aux fins du calcul de la réduction des frais de loyer et de soins à payer par le (la) pensionnaire d'un foyer de soins spéciaux. La collecte de ces renseignements est autorisée en vertu de l'art. 43 du règlement 636, R.R.O. 1990, pris en application de la Loi sur les foyers de soins spéciaux. Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, communiquer avec le chef de la Direction de l'approvisionnement et des services financiers, 5700, rue Yonge, 10<sup>e</sup> étage, Toronto ON M2M 4K5. Téléphone 416 327-7972.