



## **Programme d'adaptation des habitations et des véhicules – Renseignements généraux**

Le Programme d'adaptation des habitations et des véhicules (PAHV) fournit une aide financière aux résidents handicapés admissibles de l'Ontario pour adapter leur habitation ou leur véhicule. Les personnes et les familles peuvent demander un financement pour permettre à des enfants ou des adultes ayant un handicap qui restreint leur mobilité de continuer à vivre en toute sécurité à la maison, à conserver leur emploi et participer à la vie de leur collectivité. Le PAHV est géré par la Marche des dix sous du Canada (MDSC) au nom du gouvernement de l'Ontario.

Le PAHV s'adresse aux personnes ayant le plus besoin d'aide. Avant de présenter une demande au PAHV, les personnes doivent avoir fait des démarches pour obtenir des fonds de toutes les autres sources de financement public ou privé qui existent. Les demandeurs qui en ont les moyens devront contribuer aux coûts des modifications.

Le personnel du programme reçoit un grand nombre de demandes. S'il n'y a pas suffisamment de fonds pour répondre à toutes les demandes de modifications envoyées par des demandeurs admissibles, les approbations seront fondées sur les critères de priorité. Le Formulaire d'évaluation du demandeur aidera à repérer les personnes qui ont le plus besoin d'aide.

On recommande aux personnes intéressées à présenter une demande dans le cadre du programme d'examiner les lignes directrices qui se trouvent sur notre site Web à [www.marchofdimes.ca](http://www.marchofdimes.ca) ou d'appeler notre bureau au 1-877-369-4867 pour en demander un exemplaire.



## **Critères généraux du programme**

Pour être admissible à recevoir un financement dans le cadre du PAHV, les demandeurs doivent répondre aux critères suivants :

- **Être un(e) résident(e) permanent(e) de l'Ontario**

Si vous vivez en Ontario et que vous avez un visa d'étudiant ou un autre type de visa de visiteur, vous ne répondez pas à ce critère du programme.

- **Avoir une invalidité/déficiences continue ou récurrente qui durera plus d'une année**

Si l'on s'attend à ce que vous soyez pleinement rétabli en moins d'un an, vous ne répondez pas à ce critère du programme.

- **Votre invalidité/déficiences nuit à votre mobilité et réduit considérablement votre capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne (p. ex., soins personnels et participation à la vie communautaire).**

Si vous ne répondez pas aux critères ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à recevoir une aide dans le cadre du PAHV. Vous pouvez choisir de ne pas remplir ce Formulaire d'évaluation du demandeur.



## **Contribution exigée du client (Feuille de calcul) – Renseignements généraux**

Les demandeurs admissibles pourraient obtenir jusqu'à 15 000 \$ pour faire adapter une habitation ou un véhicule.

Les demandeurs ayant un revenu annuel de plus de 35 000 \$ pourraient être tenus de contribuer aux coûts des modifications demandées.

Le revenu des conjoints, conjoints de fait ou partenaires de vie sont pris en compte dans la détermination du montant de la contribution du client. Si la personne handicapée est un enfant (de moins de 18 ans), on tiendra compte des revenus combinés des parents.

Pour déterminer si une contribution est requise, on commence par déduire de votre revenu brut les déductions admissibles réclamées dans votre déclaration de revenus telles que les frais de garde d'enfant, les frais de préposé aux soins, la pension alimentaire, les montants pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus et ayant une déficience, les montants pour personnes handicapées et les frais médicaux. Le montant du « revenu résiduel » supérieur au seuil de contribution de 35 000 \$ déterminera combien on vous demandera de contribuer aux coûts des modifications.

Ces renseignements se trouvent dans votre T1 – Déclaration de revenus, votre T1 – Sommaire de la déclaration de revenus T1, ou votre Avis de cotisation de Revenu Canada. Des copies de ces documents d'impôt seront requises ultérieurement aux fins de vérification.



Vous trouverez ci-joint une feuille de calcul indiquant les diverses lignes de la Déclaration de revenus qui peuvent être prises en compte. Cette feuille de calcul servira à déterminer si une contribution vous sera exigée et, dans l'affirmative, le montant de ladite contribution. Inscrivez les montants appropriés sur les lignes respectives de la feuille de calcul. Les demandeurs ayant un revenu annuel combiné supérieur à 35 000 \$ seront tenus de remplir une feuille de calcul.

**Nota :** Les demandeurs (personne ayant un handicap / membre de la famille / famille hôte présentant une demande au nom d'une personne ayant un handicap) qui reçoivent un soutien du revenu dans le cadre du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ou pour qui les prestations du programme Ontario au travail ou de la Sécurité de la vieillesse/Supplément de revenu garanti sont la seule source de revenus ne sont pas tenus de faire une contribution ni de remplir la feuille de calcul.

S'il est déterminé que le client devra contribuer aux coûts des modifications, le montant de la contribution sera déduit du financement maximum offert dans le cadre du PAHV. Le montant restant pourra faire l'objet d'une aide financière.

Il vous incombe de faire les démarches nécessaires pour obtenir une aide financière supplémentaire pour pouvoir fournir le montant de la contribution exigée si vous n'êtes pas en mesure de vous le procurer par vous-même.



**Protection des renseignements personnels (respect de la vie privée) du demandeur (à lire attentivement)**

## **Objectif**

La Marche des dix sous du Canada (MDSC) recueille des renseignements personnels à diverses fins, y compris la prestation de services, la collecte de fonds, la gestion de la qualité, la recherche, la facturation et la conformité aux exigences juridiques et réglementaires. La MDSC utilise des mesures de sauvegarde pour protéger les renseignements personnels et assurer leur confidentialité; elle ne partagera aucun renseignement personnel avec des tierces parties à moins que cela ne soit directement lié à la prestation ou à l'amélioration des services qu'elle fournit ou que cela ne soit exigé par une loi canadienne.

Les renseignements personnels qui ne sont plus nécessaires pour atteindre les objectifs établis seront détruits, effacés ou rendus anonymes. La MDSC a des lignes directrices et des procédures en place pour prévenir l'accès non autorisé et régir la destruction des renseignements personnels.

La politique intégrale de la MDSC sur la protection des renseignements personnels (respect de la vie privée) est disponible en ligne sur son site Web ou peut être obtenue sur demande.

## **Consentement**

Je comprends pleinement les raisons pour lesquelles la Marche des dix sous du Canada (MDSC) m'a demandé de fournir des renseignements personnels et je consens à ce que ces renseignements soient utilisés aux fins indiquées. Je comprends également que je peux choisir d'annuler mon consentement en tout temps, sous réserve d'obligations juridiques ou contractuelles et d'un avis raisonnable, et que la MDSC m'informerait des conséquences d'une telle annulation.



<b>Nom du demandeur (en lettres moulées) :</b>	<b>Signature :</b>	<b>Date : (jj/mmm/aaaa)</b>
<b>Nom de la personne- ressource désignée (en lettres moulées) :</b>	<b>Signature :</b>	<b>Date : (jj/mmm/aaaa)</b>

Les renseignements fournis dans le Formulaire d'évaluation du demandeur aideront à déterminer votre admissibilité à une aide financière dans le cadre du Programme d'adaptation des habitations et des véhicules. Toutes les questions devraient être répondues par la personne handicapée, le « demandeur », ou en son nom. Veuillez lire attentivement et répondre à toutes les questions. Les demandeurs pourraient avoir à fournir des documents d'appui corroborant les renseignements figurant dans le formulaire.

Financement demandé :	<input type="checkbox"/> Pour l'adaptation d'une habitation	<input type="checkbox"/> Pour l'adaptation d'un véhicule	<input type="checkbox"/> Pour l'adaptation d'une habitation et d'un véhicule
-----------------------	---	--	--

**Renseignements sur le demandeur (tous les champs sont obligatoires)**

<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	Date de naissance : (jj/mmm/aaaa)
Prénom :		Initiale	Nom de famille :
N° de rue :	Nom de la rue :		Unité/Appt. :
Ville :		Prov. :	Code postal :
Téléphone : ( )	Télécopieur : ( )	Courriel :	



### Personne-ressource désignée

Si le demandeur a moins de 18 ans, un adulte doit être identifié ici (parent, tuteur légal, etc.).

Si le demandeur a 18 ans et plus, on peut désigner une personne-ressource pour agir en son nom.

Toutes les communications ayant trait au programme seront effectuées avec la personne identifiée ci-dessous (le cas échéant).

M.       Mme       Mlle

Nom complet : *(en lettres moulées, s.v.p.)*

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Relation avec le demandeur :

### Critères généraux du programme (on doit répondre à toutes les questions au nom du demandeur)

1. Êtes-vous un(e) résident(e) permanent(e) de l'Ontario?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous une invalidité ou une déficience continue ou récurrente, qui durera plus d'un an?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Votre invalidité/déficience nuit-elle à votre mobilité ou réduit-elle considérablement votre capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne? Par ex., soins personnels ou participation à la vie communautaire?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. Recevez-vous (le demandeur) des prestations du POSPH, de la SV, ou d'Ontario au travail comme votre seule source de revenus? Nota : Si vous avez moins de 18 ans et que vous n'avez pas de revenus, choisissez « Non » comme réponse.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



Page 4 de 20

5. Est-ce que votre conjoint / conjoint de fait / partenaire de vie dépend uniquement des prestations du *POSPH*, de la *SV*, ou d'*Ontario au travail* comme seule source de revenus?
- a. Dans l'affirmative, allez directement à la section 1 pour continuer.
- b. Dans la négative, remplissez le formulaire Contribution exigée du client à la page 5.

Oui

Non





---

## **Calcul financier**

Le calcul financier sert à déterminer si un demandeur sera tenu de faire une contribution en fonction de son revenu. La feuille de calcul de la contribution dont il est question dans cette section se trouve à la page 5.

### **Revenu servant à effectuer les calculs :**

- Demandeur
- Conjoint / conjoint de fait / partenaire de vie, s'il y a lieu
- Revenus des deux parents pour les demandeurs âgés de moins de 18 ans. Dans le cas des familles monoparentales (parent célibataire, divorcé, veuf), seul le revenu du parent unique est pris en compte.

### **Document(s) requis pour remplir la feuille de calcul de la contribution :**

(utiliser l'année d'imposition la plus récente)

- T1 – Déclaration de revenus
- T1 – Sommaire de la déclaration de revenus ou
- Avis de cotisation de Revenu Canada (pour le revenu)

### **Les personnes qui ne sont pas tenues de remplir la feuille de calcul comprennent, entre autres :**

- Demandeur célibataire qui reçoit des prestations du POSPH, d'Ontario au travail ou de la Sécurité de la vieillesse/Supplément de revenu garanti
- Demandeur et conjoint qui reçoivent tous deux des prestations du POSPH, d'Ontario au travail ou de la Sécurité de la vieillesse/Supplément de revenu garanti

Si vous n'êtes pas tenu de remplir la feuille de calcul, veuillez indiquer votre (vos) source(s) de revenus et celle(s) de votre conjoint à la page de la feuille de calcul. *Nota* : Si votre conjoint ne reçoit pas de prestations du POSPH, d'Ontario au travail ou de la Sécurité de la vieillesse, il/elle doit déclarer son revenu.

---



### **Tableau des pourcentages de la contribution du client**

Le tableau ci-dessous indique le pourcentage à utiliser pour déterminer le montant que devra contribuer le client au coût des modifications demandées. Ce tableau sert de guide de référence pour remplir la feuille de calcul (voir page 5).

<b>REVENU RÉSIDUEL</b> (Ligne E dans la feuille de calcul)	<b>NIVEAU DE CONTRIBUTION DU DEMANDEUR</b> % du revenu résiduel
0	0 %
1 \$ – 5 000 \$	10 %
5 001 \$ – 10 000 \$	20 %
10 001 \$ – 15 000 \$	30 %
15 001 \$ – 20 000 \$	40 %
20 001 \$ – 25 000 \$	50 %
25 001 \$ – 30 000 \$	60 %
Supérieur à 30 001 \$	Non admissible à une aide financière



<b>Feuille de calcul de la contribution</b> Année d'imposition utilisée : _____	<b>Deman- deur ou parent</b>	<b>Conjoin t ou parent</b>
(Ligne 150) Revenu total	\$	\$
<b><u>Déductions admissibles</u></b>		
(Ligne 210) Déduction pour le choix du montant de pension fractionné		
(Ligne 212) Cotisations annuelles syndicales, professionnelles et semblables		
(Ligne 214) Frais de garde d'enfants		
(Ligne 215) Frais de préposé aux soins		
(Ligne 220) Pension alimentaire payée		
(Ligne 306) Montant pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus et ayant une déficience		
(Ligne 308) Cotisations d'employé au Régime de pensions du Canada		
<b>OU</b>		
(Ligne 310) Cotisations à payer au Régime de pensions du Canada (RPC) pour le revenu d'un travail indépendant		
(Ligne 312) Cotisations à l'assurance-emploi		
(Ligne 316) Montant pour personnes handicapées		
<b>OU</b>		
(Ligne 318) Montant pour personnes handicapées transféré d'une personne à charge (autre que votre conjoint)		
(Ligne 330) Frais médicaux		
Allocation pour enfants à charge ( <i>pour les enfants de moins de 18 ans qui vivent à la maison. Seul un parent peut réclamer cette allocation</i> ) 1 enfant = 4 140 \$    2 enfants = 6 840 \$ 3 enfants = 8 976 \$    4 enfants ou plus = 10 728 \$		



Page 8 de 20

**Nota :** Les personnes qui réclament une pension alimentaire payée (Ligne 220) ne peuvent pas simultanément réclamer une allocation dans cette case – par souci d'équité, utilisez le plus gros des deux montants.

**DÉDUCTIONS TOTALES (Somme des déductions ci-dessus)**

\$

\$

**REVENU TOTAL MOINS DÉDUCTIONS TOTALES**

A

B

:

\$

\$

**REVENU IMPOSÉ (A + B)**

C

\$

**SEUIL DE CONTRIBUTION**

D

35

000 \$

**REVENU RÉSIDUEL (C – D) (si le montant est négatif, inscrivez zéro)**

E

\$

**CONTRIBUTION DU CLIENT**

Multipliez « E » par le pourcentage de revenu résiduel indiqué dans le tableau des pourcentages de la contribution du demandeur (page précédente). Si la contribution du client est inférieure à 100 \$, inscrivez zéro. Si elle est supérieure à 100 \$, elle sera déduite du financement maximum offert par le programme.

F

\$



Demande d'adaptation d'une habitation – veuillez remplir les sections 1, 2, 5, 6 et 7

Demande d'adaptation d'un véhicule – veuillez remplir les sections 1, 3, 4, 5, 6 et 7

Demande d'adaptation d'une habitation et d'un véhicule – veuillez remplir toutes les sections de ce Formulaire d'évaluation du demandeur

Lisez les questions attentivement avant d'y répondre. Choisissez la réponse qui décrit le mieux votre situation actuelle. Cochez seulement une réponse par question.

**Section 1 – Mobilité fonctionnelle** (*tous les demandeurs doivent remplir cette section*)

1. Veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux vos besoins de mobilité actuels :

<input type="checkbox"/>	a.	J'ai besoin de l'aide des autres pour tous les déplacements, les transferts et les soins personnels
<input type="checkbox"/>	b.	Mon buste est fort / je peux effectuer un transfert tout(e) seul(e)
<input type="checkbox"/>	c.	J'utilise un fauteuil roulant pour tous mes déplacements, mais j'ai besoin d'aide pour les transferts
<input type="checkbox"/>	d.	J'ai besoin d'un fauteuil roulant et d'aide pour me déplacer dans la communauté
<input type="checkbox"/>	e.	J'utilise une canne/un déambulateur pour de courtes distances à la maison, mais j'ai besoin d'un fauteuil roulant ou d'un cyclomoteur pour me déplacer à l'extérieur
<input type="checkbox"/>	f.	J'utilise une canne/un déambulateur pour tous mes déplacements à la maison et dans la communauté
<input type="checkbox"/>	g.	Je n'utilise aucun appareil de mobilité



**Section 2 – Renseignements sur votre domicile** (*À remplir  
seulement si vous demandez des modifications à votre habitation*)

- 1 Aviez-vous ou étiez-vous au courant de votre invalidité quand vous avez emménagé dans votre logement actuel?

<input type="checkbox"/>	a	Oui -- passez à la question 2
<input type="checkbox"/>	b	Non – passez directement à la prochaine section applicable
<input type="checkbox"/>	c	N'ai pas déménagé – passez directement à la prochaine section applicable

- 2 Votre domicile actuel est-il plus accessible que le précédent (p. ex., le logement précédent comptait plusieurs étages et le logement actuel n'en a qu'un; le logement précédent avait plus d'obstacles que le logement actuel)

<input type="checkbox"/>	a	Oui, il est plus accessible
<input type="checkbox"/>	b	L'accessibilité est la même
<input type="checkbox"/>	c	Non, il est moins accessible



3. Avez-vous obtenu une aide professionnelle (p. ex., ergothérapeute; agent immobilier; architecte ou constructeur qui connaît bien les questions d'accessibilité; ingénieur qui est au fait des questions liées à l'invalidité) pour trouver un logement approprié?

<input type="checkbox"/>	a.	Au moins un service professionnel
<input type="checkbox"/>	b.	Plus de deux services professionnels
<input type="checkbox"/>	c.	Aucun

4. Combien de temps vous a-t-il fallu pour trouver un logement approprié?

<input type="checkbox"/>	a.	J'ai emménagé avec des membres de ma famille pour obtenir un soutien
<input type="checkbox"/>	b.	Moins de 3 mois
<input type="checkbox"/>	c.	Plus de 3 mois et moins de 6 mois
<input type="checkbox"/>	d.	Plus de 6 mois

5. Combien de logements avez-vous visités, considérés?

<input type="checkbox"/>	a.	Aucun, j'ai emménagé avec des membres de ma famille pour obtenir un soutien
<input type="checkbox"/>	b.	Plus de 10 logements
<input type="checkbox"/>	c.	Entre 6 et 9 logements
<input type="checkbox"/>	d.	Moins de 5 logements

6. Votre communauté actuelle est-elle considérée comme étant :

<input type="checkbox"/>	a.	Rurale/petite (moins de 2000 habitants)
<input type="checkbox"/>	b.	Urbaine (2000 habitants ou plus)



7. Votre communauté précédente était-elle considérée comme étant :

<input type="checkbox"/>	a.	Rurale/petite (moins de 2000 habitants)
<input type="checkbox"/>	b.	Urbaine (2000 habitants ou plus)

8. Pourquoi avez-vous déménagé?

<input type="checkbox"/>	a.	Changement de situation mineur directement lié à mon invalidité / déficience (p. ex., je vivais avec un membre de la famille pour recevoir des soins, mais j'ai emménagé avec un autre membre de la famille)
<input type="checkbox"/>	b.	Changement de situation majeur directement lié à mon invalidité / déficience (p. ex., mon aidant naturel principal est décédé et j'ai dû déménager pour recevoir des soins; l'habitation précédente a été vendue par son propriétaire; l'aidant naturel principal a déménagé)
<input type="checkbox"/>	c.	Je voulais déménager à un endroit différent.

9. Aviez-vous accès à un système de transport facile d'accès dans votre logement précédent?

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non





**Section 3 – Besoins en matière de transport** (À remplir seulement si vous demandez des modifications à votre véhicule)

1. Avez-vous accès à un système de transport local qui fournit des services aux personnes handicapées?

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non – passez à la Question 4)

2. Avez-vous déjà utilisé ce système de transport local?

<input type="checkbox"/>	a.	Oui – dans l'affirmative, le système de transport :
	<input type="checkbox"/>	i. comblait-il tous vos besoins en matière de transport?
	<input type="checkbox"/>	ii. ne comblait pas tous vos besoins en matière de transport?
<input type="checkbox"/>	b.	Non – passez à la question 3

3. Pourquoi n'utilisez vous pas ce système de transport local?

<input type="checkbox"/>	a.	Le système ne peut pas traiter des demandes effectuées à court délais
<input type="checkbox"/>	b.	Mes rendez-vous médicaux sont en dehors de la zone locale de service du système de transport.
<input type="checkbox"/>	c.	Les heures de service ne conviennent pas à mes besoins essentiels.
<input type="checkbox"/>	d.	J'ai besoin d'une assistance constante pour m'accompagner et le système n'accomode pas ce besoin.
<input type="checkbox"/>	e.	Je ne suis pas admissible aux critères du système.
<input type="checkbox"/>	f.	Je ne sais pas.



4. Vivez-vous dans une zone rurale ou un petit centre urbain qui n'a pas de système de transport?

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non

**Section 4 – Nature des déplacements** (*À remplir seulement si vous demandez des modifications à votre véhicule*)

1. Fréquence de vos traitements médicaux :

<input type="checkbox"/>	a.	Plus de quatre fois par année
<input type="checkbox"/>	b.	Moins de quatre fois par année
<input type="checkbox"/>	c.	Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/>	d.	Plus de deux fois par semaine
<input type="checkbox"/>	e.	Au moins une fois par mois

2. Vous êtes la seule personne chargée d'effectuer les courses essentielles à la bonne marche du foyer (p. ex., transactions bancaires, épicerie)

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non
<input type="checkbox"/>	c.	J'ai besoin de soins constants; mon aidant naturel doit m'accompagner dans toutes mes sorties



3. Vous êtes la seule personne responsable du transport des personnes à charge (école, traitements médicaux, etc.)

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non
<input type="checkbox"/>	c.	J'ai besoin de soins constants; mon aidant naturel doit m'accompagner dans toutes mes sorties

4. Vous aimeriez avoir accès aux activités sociales offertes dans la communauté :

<input type="checkbox"/>	a.	Oui
<input type="checkbox"/>	b.	Non

**Section 5 – Utilisation des aires adaptées de votre habitation / véhicule** (*tous les demandeurs doivent remplir cette section*)

1. Les aires adaptées seront utilisées :

<input type="checkbox"/>	a.	Une fois par semaine
<input type="checkbox"/>	b.	Une fois par jour
<input type="checkbox"/>	c.	Plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/>	d.	Deux ou trois fois par semaine



**Section 6 – Soutien personnel et familial** (*tous les demandeurs doivent remplir cette section*)

Veillez remplir la sous-section appropriée du point de vue de la personne handicapée. Tenez compte de toutes les personnes qui partagent le domicile et sélectionnez l'énoncé qui correspond le mieux à la situation actuelle du demandeur :

**Je suis un parent/tuteur célibataire** (c.-à-d. SANS conjoint / conjoint de fait / partenaire de vie) **et...**

<input type="checkbox"/>	a.	Je n'ai aucun autre soutien; je dois quotidiennement prendre soin de moi et des personnes non handicapées à ma charge.
<input type="checkbox"/>	b.	Je n'ai aucun autre soutien; je dois quotidiennement prendre soin de moi et des personnes handicapées à ma charge.
<input type="checkbox"/>	c.	Je reçois un soutien/des soins externes – à des moments déterminés ou au besoin – pour mes soins quotidiens ou ceux des personnes handicapées à ma charge.
<input type="checkbox"/>	d.	D'autres personnes qui vivent dans la même habitation que moi m'aident avec mes soins quotidiens et ceux des personnes non handicapées à ma charge.
<input type="checkbox"/>	e.	D'autres personnes qui vivent dans la même habitation que moi m'aident avec mes soins quotidiens et ceux des personnes handicapées à ma charge.

**OU**



**Je suis âgé(e) de moins de 18 ans et ...**

<input type="checkbox"/>	a	Je vis avec mes deux parents, qui prennent soin de moi quotidiennement.
<input type="checkbox"/>	b	Je vis avec mes deux parents, qui prennent soin de moi quotidiennement. Ils s'occupent aussi de mes frères et sœurs non handicapés.
<input type="checkbox"/>	c	Je vis avec mes deux parents, qui prennent soin de moi quotidiennement. Ils s'occupent aussi de mes frères et sœurs handicapés.
<input type="checkbox"/>	d	Je vis avec un de mes parents, qui prend soin de moi quotidiennement. Il/elle s'occupe aussi de mes frères et sœurs non handicapés.
<input type="checkbox"/>	e	Je vis avec un de mes parents, qui prend soin de moi quotidiennement. Il/elle s'occupe aussi de mes frères et sœurs handicapés.
<input type="checkbox"/>	f.	Je vis avec un de mes parents, qui prend soin de moi quotidiennement.
<input type="checkbox"/>	g	Je vis avec un (mes deux) parent(s), également handicapé(s). Il(s) prend (prennent) soin de moi et de lui-même/d'eux-mêmes.

**OU**



**Je suis âgé(e) de plus de 18 ans** (c.-à-d., un enfant adulte; j'ai un conjoint / conjoint de fait / partenaire de vie) **et...**

<input type="checkbox"/>	a.	Je vis avec d'autres personnes qui ne peuvent pas me fournir des soins quotidiens; je n'ai aucun autre soutien.
<input type="checkbox"/>	b.	Je vis avec un autre adulte; je dois quotidiennement prendre soin de moi et de cet autre adulte.
<input type="checkbox"/>	c.	Je vis seul(e) et je reçois un soutien/des soins externes à des moments déterminés ou au besoin.
<input type="checkbox"/>	d.	Je vis avec d'autres personnes qui sont en mesure de me fournir des soins ou du soutien.
<input type="checkbox"/>	e.	Je vis seul(e) et je dois prendre soin de moi-même; je n'ai aucun autre soutien.
<input type="checkbox"/>	f.	Je vis avec d'autres personnes et nous partageons la responsabilité de mes soins quotidiens.
<input type="checkbox"/>	g.	Je vis avec un ou plusieurs autres adultes handicapés; nous partageons la responsabilité des soins de nos personnes à charge handicapées et de nos propres soins quotidiens; nous n'avons aucun autre soutien.
<input type="checkbox"/>	h.	Je vis avec d'autres personnes et nous partageons la responsabilité des soins de nos personnes à charge handicapées et de mes propres soins quotidiens.
<input type="checkbox"/>	i.	Je vis avec d'autres personnes et nous partageons la responsabilité de mes propres soins quotidiens et de ceux d'un autre adulte à charge.
<input type="checkbox"/>	j.	Je vis avec un ou plusieurs autres adultes handicapés; nous partageons la responsabilité de nos personnes à charge handicapées; nous recevons un soutien/des soins externes à des moments déterminés ou au besoin.



**Section 7 – Amélioration de la situation actuelle** (*tous les demandeurs doivent remplir cette section*)

Parmi les énoncés suivants, sélectionnez celui qui correspondrait le mieux à vos restrictions en matière d'accès et de mobilité si les modifications étaient effectuées :

<input type="checkbox"/>	a.	Je pourrais me rendre à des rendez-vous médicaux fréquents et essentiels qui sont nécessaires pour prolonger ma vie – par exemple : traitements de dialyse.
<input type="checkbox"/>	b.	Je n'aurais pas besoin d'aller dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée, puisque je n'ai personne pour m'aider dans les situations où ma vie est en danger.
<input type="checkbox"/>	c.	Je pourrais vaquer aux activités essentielles de la vie quotidienne. J'ai un soutien limité pour effectuer ces activités.
<input type="checkbox"/>	d.	Je pourrais continuer à m'occuper de mes enfants et/ou de moi-même.
<input type="checkbox"/>	e.	Je pourrais maintenir mon emploi actuel.
<input type="checkbox"/>	f.	Je pourrais quitter l'hôpital/l'établissement de soins où je réside actuellement et réintégrer mon domicile. Je m'attends à ce qu'on me donne mon congé dans les deux prochains mois.
<input type="checkbox"/>	g.	Je pourrais quitter l'hôpital/l'établissement de soins où je réside actuellement et réintégrer mon domicile. Je m'attends à ce qu'on me donne mon congé dans plus de deux mois.
<input type="checkbox"/>	h.	Mon aidant naturel principal/parent pourra maintenir son emploi actuel.
<input type="checkbox"/>	i.	J'aurais un accès amélioré à mon logement et à l'intérieur de celui-ci, ainsi qu'à mon véhicule. Je bénéficie d'un soutien actuellement quand j'ai besoin d'aide.



MARCH  
OF DIMES  
CANADA

LA MARCHÉ  
DES DIX SOUS  
DU CANADA

**Programme d'adaptation des habitations  
et des véhicules (PAHV) Formulaire  
d'évaluation du demandeur**

Page 20 de 20

Veillez envoyer votre Formulaire d'évaluation du demandeur dûment rempli et signé au Programme d'adaptation des habitations et des véhicules à l'adresse ci-dessous.

Adresse postale :

La Marche des dix sous du Canada  
Programme d'adaptation des habitations et des véhicules  
291, rue King, 3<sup>e</sup> étage  
London (Ontario) N6B 1R8

Télécopieur : 519-432-4923  
Courriel : [hvmp@marchofdimes.ca](mailto:hvmp@marchofdimes.ca)  
Sans frais : 1-877-369-4867

Merci.