

RÉPERTOIRE D'AIDE FINANCIÈRE POUR PERSONNES HANDICAPÉES AU N.-B.

Décembre 2011



Préparé par le
Conseil du Premier ministre sur la condition
des personnes handicapées
648 – 440, rue King
Fredericton (N.-B.) E3B 5H8
Téléphone/ATS: 506.444.3000
Sans frais au N.-B. : 1.800.442.4412
Télécopieur : 506.444.3001
Courriel : pcsdp@gnb.ca
Site Web : www.gnb.ca/conseil

Ce document est disponible en médias substitués et en Anglais.
This document is available in alternate formats and in English.

Veillez noter que l'information contenue dans ce guide est sujette à changement en tout temps et sans préavis. Les individus ayant de la difficulté à trouver un numéro de téléphone spécifique ou une adresse pour un programme ou un service peuvent téléphoner au Conseil du Premier ministre sur la condition des personnes handicapées.

Le Conseil du Premier ministre sur la condition des personnes handicapées maintient de nombreuses autres ressources utiles que l'on peut consulter en ligne à l'adresse www.gnb.ca/0048. Ils incluent :

- *Répertoire des services offerts aux personnes ayant des handicaps au N.-B.*
- *Répertoire des services d'aide financière aux étudiants*
- *Sources de financement pour de l'équipement de réadaptation*
- *Répertoire des services d'orientation professionnelle et de placement*
- *Sources de financement pour rendre un bâtiment accessible*

Ceux-ci sont également disponibles en anglais, copies papier et en médias substitués.

Alors que tout est fait pour assurer l'exactitude de cette information, nous demandons que si des erreurs sont trouvées que le Conseil du Premier ministre soit notifié. Nous ferons rapidement des corrections ou des changements.

TABLES DES MATIÈRES

ASSISTANCE FÉDÉRALE	1
Le Régime de pensions du Canada – Prestations d’Invalidité	1
Contexte et montant des prestations	1
Conditions d’admissibilité au RPC	1
Demande de prestations au Régime de pensions du Canada.....	3
Imposition des prestations du RPC.....	4
Appel d’une décision du RPC	5
Réexamen de l’admissibilité	6
Gains admissibles.....	8
Crédits d’impôt et déductions pour personnes handicapées	9
CIPH - Contexte et admissibilité	9
Comment faire une demande pour le CIPH.....	10
Crédits non utilisés	11
Prestation pour enfants handicapés	11
Comment faire une demande	11
Régime Enregistré d’Épargne-Invalidité	12
Crédit d’impôt pour frais médicaux.....	15
Contexte et admissibilité	15
Frais médicaux admissibles.....	16
Frais non admissibles	17
Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées	18
Supplément remboursable pour frais médicaux.....	19
Reçus	19
Frais de scolarité et montants relatifs aux études	20
Programme de remboursement de la taxe d’accise fédérale sur l’essence.....	20
Renseignements sur la TPS/TVH.....	20
ASSISTANCE PROVINCIALE	21
Aide sociale.....	21
Admissibilité aux prestations.....	21
Catégorie des personnes ayant des besoins à long terme	21

Catégorie des personnes handicapées (prestations prolongées)	22
Accueil ordinaire	23
Accueil : Éléments d'actif	24
Accueil : Directive sur les unités économiques	26
Taux de prestation	27
Supplément pour handicap	27
Montants de l'exemption de salaire	27
Prolongation des avantages de carte d'assistance médicale.....	28
Prestation unique d'assistance transitoire.....	28
Demandes de carte d'assistance médicale seulement : Paragraphe 4(4).....	28
Information générale et modalités de présentation d'une demande	28
Documentation concernant la présentation d'une demande	29
Éléments d'actif et revenu	29
Prestations spéciales/prestations d'urgence	30
Information générale et admissibilité	30
Qu'est-ce qu'une « urgence »?	31
Programme d'améliorations éconergétiques.....	34
Suppléments de chauffage (électrique et non électrique)	34
Les programmes d'aide pour l'énergie du ministère du Développement social	34
Programmes d'efficacité énergétique.....	35
Appels au Ministère du Développement social.....	36
Ministère des Finances	40

ASSISTANCE FÉDÉRALE

Le Régime de pensions du Canada – Prestations d'Invalidité

Site Web : www.rhdcc.gc.ca/fra/sv-rpc/prestations_invalidite/index.shtml

Contexte et montant des prestations

Le Régime de pensions du Canada (RPC), établi en 1966, verse une pension mensuelle aux travailleurs ayant contribué pendant un nombre d'années minimum et qui sont devenues invalides aux termes de la loi instituant le RPC. Une prestation pour enfants des prestataires handicapés peut également être versée pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans ou âgé de 18 à 25 ans qui fréquente une école ou une université à temps plein. Les prestations du RPC sont versées par l'entremise de Service Canada, une composante de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC). Les Canadiens âgés de plus de 18 ans qui travaillent ainsi que leurs employeurs contribuent à financer le Régime de pensions du Canada, grâce à des cotisations versés en fonction des revenus d'emploi annuels.

Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (PPRPC) a pour but de fournir aux travailleurs canadiens une protection contre la perte de gains en raison d'un handicap qui les empêche de travailler ou d'occuper régulièrement un emploi, quelle que soit la cause du handicap. Les taux de prestation du Régime de pensions du Canada sont rajustés tous les mois de janvier pour tenir compte de l'augmentation du coût de la vie. En janvier 2011, le montant maximum d'une pension d'invalidité du RPC était de 1153,37 \$ par mois. La prestation pour les enfants à charge a été fixée à 218,50 \$ par mois en janvier 2011.

Conditions d'admissibilité au RPC

Pour être admissible à la pension d'invalidité du RPC, vous devez :

- Avoir moins que 65 ans.
- Avoir cessé de travailler à cause d'un problème médical.
- avoir payé des cotisations au RPC pendant au moins quatre des six dernières années **OU**
- avoir cotisé au RPC pendant au moins 25 ans et j'ai effectué des cotisations valides au Régime au cours de trois des six dernières années.

Aux termes de l'alinéa 42 (2)(a) de la *Loi sur le régime de pensions du Canada*, une personne n'est considérée comme invalide que « si elle est

déclarée ... être atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée ... ». Une invalidité n'est réputée grave que si elle rend le requérant régulièrement incapable de détenir « une occupation véritablement rémunératrice ». L'invalidité n'est réputée prolongée que si elle est déclarée devoir vraisemblablement durer pendant une période longue, continue et indéfinie ou devoir entraîner vraisemblablement le décès.

Pour satisfaire aux critères de contribution du PPIRPC, vous devez avoir cotisé au Régime de pensions du Canada durant quatre des six dernières années ou avoir contribué durant au moins trois des six dernières années et fait des cotisations valides pendant au moins 25 ans. Au cours de ces années, vos gains devront représenter au moins 10 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP). En 2010, le MGAP était de 47 200 \$. Pour avoir droit à des prestations, vos gains en 2010 doivent s'être chiffrés à plus de 4 700 \$, si c'est une des quatre années de travail que vous utilisez pour établir votre admissibilité.

Si vous ne répondez pas à ces exigences, ou si vous n'avez pas cotisé pour un nombre suffisant d'années, vous pouvez toutefois recevoir des prestations. Vous êtes admissible si :

- vous avez reporté le moment de présenter une demande et vous aviez accumulé un nombre suffisant d'années de cotisations au moment où vous êtes devenu invalide la première fois, mais que ce nombre est maintenant insuffisant;
- vous étiez médicalement incapable de présenter une demande;
- vos cotisations au Régime de pensions du Canada ont cessé ou ont été réduites lorsque vous élevez vos enfants âgés de moins de sept ans;
- vous avez accumulé des crédits au Régime de pensions du Canada de votre ancien conjoint;
- vous avez travaillé dans un autre pays avec lequel le Canada a conclu un accord sur la sécurité sociale et avez cotisé au régime de ce pays;
- vous receviez des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, et avez versé les cotisations exigées chaque année depuis que vous avez cessé de recevoir des prestations.

Demande de prestations au Régime de pensions du Canada

Site Web : <http://www.cra-arc.gc.ca/handicape/>

Pour demander des prestations, vous devrez remplir la trousse de demande des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Vous pouvez obtenir cette trousse au bureau à Service Canada

- Pour service en Français 1-800-277-9915
- Pour service en Anglais 1-800-277-9914
- ATS 1-800-255-4786
- Site Web: www.servicecanada.gc.ca/fra/psr/contact/contactez_nous.shtml

Cette trousse contient un guide qui vous aidera à remplir la demande, ainsi que les formulaires suivants :

- Questionnaire pour les prestations d'invalidité;
- Demande de prestations d'invalidité;
- Formulaire de consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels;
- Rapport médical (qui doit être rempli par votre médecin et vous-même);
- Formulaire que vous devez remplir si vous avez réduit ou interrompu votre période de travail pour prendre soin de vos enfants de moins de sept ans.

Des directives et des références écrites sont fournies afin de vous aider à remplir chaque formulaire. Si vous ne pouvez pas remplir les formulaires vous-même, un ami, un fournisseur de soins ou un représentant personnel peut le faire pour vous. Vous devez inscrire votre numéro d'assurance sociale au haut de chaque page sur tous les formulaires. Vous n'avez pas besoin de fournir une preuve de naissance avec votre demande. Cependant, le Régime de pensions du Canada a le droit d'en demander une en tout temps lorsque c'est jugé nécessaire. Si vous demandez des prestations pour enfants et que vous n'avez pas présenté de numéro d'assurance sociale, vous devez présenter pour chaque enfant une copie certifiée conforme de son certificat de naissance original. Service Canada vous conseillera de communiquer avec le bureau des statistiques de l'état civil approprié si vous voulez obtenir un certificat de naissance. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, on peut obtenir un certificat de naissance de Statistiques de l'état civil pour 25 \$.

Tous les documents originaux que vous soumettrez vous seront retournés par Service Canada. Si vous ne voulez pas présenter un document original, vous pouvez soumettre une copie certifiée. Tous les bureaux de

Service Canada peuvent certifier des photocopies gratuitement. En outre, votre médecin, votre avocat, votre ministre du culte, votre travailleur social, votre pharmacien, votre comptable, votre directeur de banque, votre député fédéral ou provincial peut certifier les documents exigés. Vous ne pouvez pas certifier vous-même les copies de vos propres documents lorsque vous présentez une demande. La personne certifiant le document doit indiquer son poste officiel, la date de certification du document, et ajouter cette phrase au document: « Cette photocopie est conforme au document original qui n'a été modifié d'aucune façon. »

Le rapport médical devrait être rempli par le médecin qui connaît mieux votre état médical. La plupart des médecins exigeront des frais pour remplir le rapport. Service Canada paiera une partie des frais exigés pour faire remplir le rapport médical, en versant un montant maximal de 85 \$ directement à votre médecin. Vous êtes responsable des coûts qui dépassent ce montant. Demandez à votre médecin s'il vous retournera le rapport médical à vous ou directement à Service Canada. Si le rapport médical vous est retourné, envoyez-le à Service Canada avec les autres documents.

Dès que votre demande aura été approuvée, vous serez avisé par courrier du montant calculé de vos prestations et de la date d'entrée en vigueur. Le calcul est basé sur un taux uniforme, et sur un calcul basé sur la période et le montant de vos cotisations au Régime de pensions du Canada. Si votre demande de prestations d'invalidité du RPC est acceptée, il y a une période d'attente de trois mois. Vous commencerez à recevoir vos prestations pendant le quatrième mois après avoir été déclaré invalide. Les paiements pour votre enfant commencent en même temps que vos paiements de prestations d'invalidité. Si vous présentez votre demande un certain temps après être devenu invalide, le RPC peut verser des paiements rétroactifs pour une période maximale d'un an. Le paiement arrive généralement au cours des trois jours ouvrés de chaque mois. Vous pouvez obtenir des formulaires de dépôt automatique de votre banque ou de votre bureau local de Service Canada; les paiements sont déposés le troisième avant le dernier jour ouvré de chaque mois.

Imposition des prestations du RPC

Les prestations d'invalidité du RPC sont un revenu imposable. À moins que vous demandiez à Service Canada d'effectuer une retenue, aucun impôt n'est prélevé sur votre prestation lorsqu'elle est versée. Au moment de l'impôt sur le revenu, Service Canada vous enverra un formulaire T4A(P) que vous devrez inclure avec votre déclaration de revenu. Habituellement, la partie pour enfants de la prestation d'invalidité n'est pas

considérée comme un revenu imposable si elle est versée directement au cotisant. Si cette partie est versée à une personne à charge âgée de plus de 18 ans toutefois, elle est imposable et Service Canada remettra un T4A(P) au nom de la personne à charge.

Si vous devez des impôts à la fin de l'année, il serait peut-être plus pratique de faire prélever les impôts directement sur vos prestations chaque fois qu'elles sont versées. Vous devriez calculer vos impôts à payer pour l'année avant de prendre cette mesure; si vous avez besoin d'aide pour calculer votre impôt à payer, communiquez avec votre bureau de service d'impôt local. On vous demandera de fournir votre numéro d'assurance sociale, la date de naissance et le montant total du revenu que vous avez déclaré à la ligne 150 de votre dernière déclaration d'impôt. Si vous estimez qu'un montant devrait être prélevé sur vos prestations pour l'impôt, vous devrez remplir un formulaire TD3, *Demande de retenues d'impôt sur le revenu qui ne provient pas d'un emploi* et l'envoyer au bureau Service Canada.

Appel d'une décision du RPC

Si votre demande n'est pas approuvée, si elle est annulée ou si vous n'êtes pas satisfait du montant de vos prestations, vous avez le droit de faire appel. Il y a un palier interne et deux paliers externes pour tenter un recours :

- Demande de réexamen par Service Canada - cette demande doit être faite par écrit à votre bureau de Service Canada local dans les 90 jours suivant la réception par écrit de l'avis de décision. Votre demande de réexamen sera étudiée par les membres du personnel qui n'ont pas participé à la décision originale. Vous devez fournir à Service Canada toute nouvelle information que vous possédez ainsi que toute autre information nécessaire pour appuyer l'appel.
- Appel au Commissaire des tribunaux de révision - Le Bureau du commissaire des tribunaux de révision (BCTR) est un organisme indépendant, tout à fait distinct de RHDCC. Si vous voulez faire appel du réexamen par Service Canada, vous devez aviser le Bureau du commissaire des tribunaux de révision par écrit dans les 90 jours suivant la réception de la décision concernant le réexamen de Service Canada. On vous donnera une date, une heure et un lieu d'audience. Le tribunal de révision est composé de trois personnes; un avocat, un professionnel de la santé dans le cas des appels de prestations d'invalidité, et un membre de l'ensemble de la collectivité. Vous pouvez vous faire accompagner par quelqu'un qui

- vous aidera dans votre appel, et Service Canada enverra aussi un représentant. Cette audience est fermée au public.
- Appel à la Commission d'appel des pensions (CAP) - La CAP est également un organisme indépendant distinct de RHDC. Après le réexamen par le Bureau du commissaire des tribunaux de révision, vous-même ou RHDC pouvez faire appel de la décision à la Commission d'appel des pensions en fournissant un préavis écrit de 90 jours après que vous ayez reçu la lettre de décision. La CAP décide si un appel est fondé ou non. Si l'appel n'est pas fondé, la décision du BCTR est maintenue. La Commission d'appel des pensions se compose de trois juges et est ouverte au public. RHDC est toujours représenté par un conseiller juridique. Vous voudrez peut-être embaucher un avocat à ce stade également. Vous pouvez demander de vous faire rembourser certains coûts liés à l'audience.

Réexamen de l'admissibilité

Service Canada avise les prestataires que les prestations d'invalidité du RPC ne sont pas une pension permanente et que, périodiquement, Service Canada peut vérifier les renseignements médicaux et d'emploi. Si vous retournez au travail, ou si votre état médical s'améliore au point où vous pourriez retourner au travail, vous devez en aviser Service Canada (voir *Gains admissibles*). Si vous n'avez pas avisé Service Canada et que vous recevez des prestations auxquelles Service Canada pense que vous n'avez pas droit, vous devrez rembourser les prestations que vous avez reçues. Toutefois, vous n'êtes pas tenu d'aviser le Service Canada si vous faites du travail bénévole. Par conséquent, vous voudrez peut-être essayer de faire du travail bénévole pour vérifier votre capacité de retourner au travail, accroître votre confiance ou ajouter à votre curriculum vitae.

Service Canada examine attentivement tous les renseignements sur les clients et peut réévaluer les dossiers de clients pour diverses motifs, notamment :

- Suivi prévu : Service Canada fera le suivi auprès de clients démontrant un potentiel d'employabilité au moment de la demande initiale, du processus de réexamen et d'appel ou d'une réévaluation. Nous mettons l'accent sur l'orientation et les conseils favorisant un retour au travail (si c'est approprié).
- Plainte d'un tiers : L'Agence du revenu du Canada et l'Assurance-emploi échangent de l'information avec Service Canada. Si cette information révèle que vous occupez un emploi ou que vous touchez des

revenus d'emploi, Service Canada peut assurer un suivi et s'informer au sujet de votre capacité à reprendre le travail.

Si le RPC fait un réexamen de votre dossier, vous recevrez une trousse de réexamen, qui comprend un questionnaire, un rapport médical à remplir par votre médecin, et un formulaire de consentement. Si vous le consentez, Service Canada peut demander des renseignements additionnels auprès d'autres médecins traitants, de psychologues, de spécialistes, d'hôpitaux, d'écoles et d'employeurs.

Aide pour le retour au travail. Si vous communiquez avec Service Canada et que vous cherchez à obtenir de l'aide pour reprendre le travail, ou que vous songez à suivre une formation, un gestionnaire de cas en réadaptation professionnelle communiquera avec vous pour en discuter.

Si vous participez à un programme de formation, vous n'êtes pas tenu d'en informer Service Canada, mais si vous avez terminé un programme d'études ou de formation professionnelle, vous devez en informer Service Canada.

Examen fortuit. Parfois, RPC peut faire des études fortuites des fichiers selon leur âge, emplacement et de la nature du handicap.

À titre de prestataire du PPIRPC, vous êtes admissible à une période d'essai de retour au travail, pendant laquelle vous pouvez gagner un salaire tout en recevant des prestations. Pendant cette période, si vous êtes incapable de travailler en raison de votre maladie, vous n'avez qu'à communiquer avec Service Canada. Si vous pouvez travailler après votre période d'essai, vos prestations cesseront.

Rétablissement automatique : Le rétablissement automatique est une mesure de protection pour les prestataires du PPIRPC qui déclarent leur retour au travail. Il permet à Service Canada de recommencer le versement de vos prestations d'invalidité si vous ne pouvez poursuivre le travail en raison de la réapparition de votre invalidité ou d'un problème connexe. Cette option est offerte pendant deux ans après la date d'arrêt de paiement de vos prestations, mais vous devez en faire la demande dans l'année suivant la réapparition de votre invalidité.

Demande de renouvellement accéléré : La demande de renouvellement accéléré vous procure un autre moyen d'obtenir à nouveau des prestations d'invalidité si vous n'êtes pas admissible au rétablissement automatique. Vous devez avoir cessé de travailler en raison de la réapparition de votre

invalidité ou d'un problème connexe. Cette option est offerte jusqu'à concurrence de cinq ans après la date d'arrêt du versement de vos prestations. Pour être à nouveau admissible vous devez avoir cotisé suffisamment au RPC depuis l'arrêt de paiement de vos prestations.

Gains admissibles

Vous pouvez gagner jusqu'à 4 700 \$ en 2010 sans avoir à rapporter ce revenu à Service Canada et sans que vos prestations ne soient coupées. Ce montant pourrait changer dans les années à venir.

Après avoir atteint ce montant, Service Canada voudra discuter avec vous pour connaître votre situation de travail actuelle et vos objectifs de travail à venir. Si vous ne pouvez travailler qu'à l'occasion, on pourrait vous permettre de continuer à gagner un revenu n'excédant pas 4 700 \$, tout en continuant de recevoir vos prestations d'invalidité du RPC. Il importe d'en discuter avec un membre du personnel pour que Service Canada puisse examiner votre situation particulière.

Si vous pensez être capable de travailler régulièrement, le personnel de Service Canada peut peut-être vous aider à atteindre vos buts grâce au programme de réadaptation professionnelle du RPC. Grâce aux progrès techniques, aux traitements médicaux et à la formation professionnelle, certaines personnes handicapées sont capables de recommencer à travailler. Le programme de réadaptation professionnelle a pour but de vous aider à reprendre le travail.

Pour en connaître davantage au sujet du Programme de prestations d'invalidité du RPC ou à propos d'autres prestations et programmes du RPC, communiquez avec nous :

Cliquez sur :

www.servicecanada.gc.ca/fra/sc/rpc/invalidite/pensionsdinvalidite.shtml

Téléphonez : Du Canada et des États-Unis:

1 800 277-9914

Si vous avez une déficience auditive ou de la parole et utilisez un téléscripteur (ATS):

1 800 255-4786

De l'extérieur du Canada et les États-Unis:

(613) 990-2244 (appels à frais virés acceptés)

Veillez avoir votre numéro d'assurance sociale de prêt lorsque vous appelez.

Visitez : Un Centre Service Canada

Crédits d'impôt et déductions pour personnes handicapées

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/sgmnts/dsblts/ddctns/menu-fra.html

Vous pourriez profiter d'un certain nombre de dégrèvements d'impôt offerts par l'Agence du revenu du Canada (ARC). Il y a trois possibilités principales à envisager : le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), le crédit d'impôt pour frais médicaux et la déduction pour frais de préposé aux soins. Le CIPH s'applique à ceux qui ont une « déficience des fonctions physiques ou mentales grave et prolongée » selon l'attestation d'un praticien qualifié du domaine applicable ayant l'autorisation d'attester la déficience en question. Le montant du crédit, au complet ou en partie, peut être transféré à un particulier qui fournit du soutien à la personne handicapée si cette dernière n'en a pas besoin afin de réduire son impôt à payer. Le crédit d'impôt pour frais médicaux s'applique aux personnes qui ont déboursé des sommes importantes pour leurs propres frais médicaux ou pour ceux d'une personne à charge admissible. La déduction pour frais de préposé aux soins est offerte à ceux et celles qui requièrent un préposé à temps plein en raison d'une déficience des fonctions physiques ou mentales ou aux personnes qui ont assumé les frais de ces services pour une personne ayant une telle déficience.

CIPH - Contexte et admissibilité

Le CIPH (indiqué comme le montant pour personnes handicapées à la ligne 316, et le montant pour personnes handicapées transféré d'une personne à charge à la ligne 318 de la déclaration de revenus et de prestations) est un crédit d'impôt non remboursable qui réduit le montant d'impôt sur le revenu que les personnes handicapées, ou les personnes qui leur fournissent du soutien, pourraient avoir à payer. L'admissibilité est fondée non seulement sur le fait que vous avez une déficience, mais également sur l'incidence de cette déficience sur votre quotidien. Certaines personnes handicapées ne sont pas admissibles à ce crédit d'impôt. Vous n'y êtes pas automatiquement admissible, notamment, si vous recevez des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Pour être admissible au CIPH, vous devez avoir une déficience des fonctions physique ou mentale grave et prolongée qui limite de façon marquée votre capacité d'accomplir au moins une activité courante de la vie quotidienne selon les dispositions législatives prévues. Bien que cela puisse sembler très simple, toutes les définitions de ces critères doivent être rigoureusement respectées.

La déficience est « prolongée » si elle dure ou s'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins douze mois consécutifs. « Limité de façon marquée » indique que même à l'aide d'appareils et de

médicaments et en suivant une thérapie (autre que les soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale) vous êtes toujours ou presque toujours, incapable d'exécuter (ou vous prenez un temps excessif pour exécuter) au moins une des activités courantes de la vie quotidienne.

Les critères d'admissibilité au CIPH incluent les éléments suivants :

- voir
- activités courante de la vie quotidienne
 - marcher
 - parler
 - entendre
 - évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)
 - se nourrir
 - s'habiller
 - effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante
- soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale
- effet cumulatif des limitations considérables (pour les années 2005 et suivantes)

Remarque : Les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives ne sont pas considérées comme admissibles selon les critères susmentionnés.

Comment faire une demande pour le CIPH

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/handicape/

Pour demander le CIPH, vous devrez d'abord obtenir le formulaire T2201, *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*. Vous pouvez en faire la demande auprès de l'ARC par téléphone en composant le 1-800-959-7383 ou vous pouvez le télécharger à partir du site Web de l'ARC. Vous devez remplir la partie A du formulaire T2201. Cette partie consiste à fournir des renseignements personnels de base et à donner votre autorisation à l'ARC de communiquer avec le professionnel de la santé qui atteste les renseignements du formulaire afin d'obtenir des précisions, s'il y a lieu. Le type de « praticien qualifié » en mesure d'attester les différentes déficiences est indiqué à la page 2 du formulaire. Vous devrez faire attester la partie B du formulaire par un praticien qualifié approprié. Une fois que les parties A et B seront remplies, vous devrez envoyer votre formulaire au centre fiscal qui traite votre déclaration de revenus et de prestations. Vous pouvez soumettre votre formulaire T2201

à n'importe quel moment au cours de l'année ou lorsque vous produisez votre déclaration de revenus. Une fois que l'ARC aura reçu votre formulaire, votre admissibilité sera établie selon les renseignements fournis par le praticien qualifié qui les a attestés et selon les dispositions législatives relatives aux critères pertinents. Dès que l'ARC aura établie votre admissibilité au crédit, une lettre vous sera envoyée pour vous informer de la décision.

Crédits non utilisés

En remplissant votre déclaration, vous pourriez constater que vous n'avez pas besoin de tout le montant pour personnes handicapées afin de réduire votre impôt fédéral sur le revenu à zéro. Si c'est le cas, votre conjoint ou une autre personne qui subvient à vos besoins, pourrait demander la partie non utilisée du montant. L'ARC considère comme personne qui subvient à vos besoins quelqu'un qui assure un ou plusieurs de vos besoins fondamentaux tels la nourriture, le logement ou l'habillement. Plusieurs personnes subvenant aux besoins d'une personne handicapée peuvent demander un remboursement pour la même personne à charge, pourvu que le montant total réclamé par les personnes assurant les besoins ne soit pas supérieur à la partie non utilisée du montant pour personnes handicapées.

Prestation pour enfants handicapés

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/F/pbg/tf/rc66/

La Prestation pour enfants handicapés (PEH) est un supplément non imposable à la Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE) et aux allocations spéciales pour enfants. La PEH est offerte aux enfants de moins de 18 ans admissibles au CIPH. La PEH est établie selon le revenu familial et varie selon le nombre d'enfants dans la famille.

Comment faire une demande

Une fois qu'il aura été établi que votre enfant est admissible au CIPH, votre PEH sera calculé automatiquement dans la mesure où vous recevez déjà la PFCE. Votre versement de PEH sera inclus dans celui de la PFCE.

Si vous recevez la PFCE pour un enfant atteint d'une déficience des fonctions physiques ou mentale grave et prolongée, mais que le formulaire T2201 n'a pas été rempli au nom de cet enfant, procurez-vous le formulaire, faites-le remplir et signer par un praticien qualifié et envoyez-le à votre centre fiscal.

Si vous n'avez pas demandé la PFCE pour votre enfant, mais que vous répondez à tous les autres critères, remplissez le formulaire RC66, *Demande de prestations canadiennes pour enfants*, et envoyez-le par la poste à votre centre fiscal. L'ARC établira si vous avez droit ou non à la PFCE et à la PEH.

Régime Enregistré d'Épargne-Invalidité

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/F/pub/tg/rc4460/

Dans le budget 2007, le gouvernement a présenté un nouveau régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI), qui aide les parents et autres personnes à économiser en vue d'assurer la sécurité financière à long terme d'une personne gravement handicapée. La mise en œuvre du REEI a été effectuée en décembre 2008. Lorsque qu'une situation correspond aux critères d'admissibilité, le gouvernement du Canada verse des Subventions canadiennes pour l'épargne-invalidité (SCEI) et des Bons canadiens pour l'épargne-invalidité (BCEI) dans les REEI pour encourager les économies à long terme.

En règle générale, une personne admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), ses parents ou son représentant légal peut établir un REEI. La personne admissible au CIPH est la bénéficiaire du régime, qui est composé de trois principaux éléments.

Les parents, le bénéficiaire et autres personnes qui désirent économiser peuvent cotiser à un REEI lorsqu'ils ont la permission écrite du titulaire du régime. Ces cotisations sont limitées à un maximum à vie de 200 000 \$ par bénéficiaire et sont permises jusqu'à la fin de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 59 ans.

Les cotisations faites au REEI dans une année donnée entraînent des SCEI à un taux de 100 %, 200 % ou 300 %, selon le revenu familial du bénéficiaire et le montant de la cotisation, jusqu'à une Subvention maximale à vie de 70 000 \$. Des Subventions peuvent être versées dans un REEI jusqu'à la fin de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 49 ans.

Les BCEI, d'un montant pouvant atteindre 1 000 \$ par année, seront versés dans les REEI constitués par des familles à revenu faible ou modeste. Le plafond cumulatif des Bons est fixé à 20 000 \$, et ces derniers ne sont pas conditionnels au versement de cotisations. Les Bons pourront être versés aux REEI jusqu'à la fin de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 49 ans.

Les cotisations à un REEI ne seront pas déductibles d'impôt et ne seront pas incluses dans le revenu lorsqu'elles seront retirées du REEI. Le revenu d'investissement provenant du régime sera exempt d'impôt. Les Subventions les Bons et le revenu d'investissement gagné dans le cadre d'un REEI seront inclus dans le revenu du bénéficiaire aux fins d'impôt lorsqu'ils seront retirés du REEI. Les paiements d'un REEI doivent commencer avant la fin de l'année où le bénéficiaire atteint 60 ans.

Certaines préoccupations ont été soulevées concernant la possibilité que le bénéficiaire, qui continue de satisfaire aux critères d'admissibilité au CIPH se rapportant aux effets d'une déficience, soit en mesure de mettre fin prématurément à un régime établi par un parent en renonçant à l'attestation de son admissibilité au CIPH. Pour répondre à ces préoccupations, le budget 2008 a proposé de modifier la règle régissant les REEI qui impose la liquidation du régime lorsque le bénéficiaire cesse d'être admissible au crédit d'impôt. Grâce à cette modification, la liquidation ne serait obligatoire que si l'état du bénéficiaire s'améliore effectivement à tel point qu'il n'est plus admissible au CIPH. Ce changement vise à procurer une plus grande certitude aux parents qui envisagent d'établir un REEI au profit de leur enfant.

Le budget 2008 a également annoncé que le programme de REEI sera examiné trois ans après l'entrée en vigueur du régime. Cela permettra de revoir les enjeux de conception et de s'assurer que les REEI répondent aux besoins des Canadiens gravement handicapés et de leur famille.

Le REEI permettra de mieux préparer l'avenir des enfants gravement handicapés et d'assurer une tranquillité d'esprit aux parents qui le planifient.

Le budget de 2010 propose d'étendre les règles actuelles de roulement des REER, FERR, ou RPA afin d'autoriser le roulement du produit (connu comme le produit d'un REER) du REER d'un particulier décédé au REEI d'un enfant ou d'un petit-enfant ayant une déficience qui était financièrement à la charge du particulier décédé.

Les particuliers qui sont admissibles à titre de bénéficiaires d'un REEI et qui remplissent les conditions portant sur l'âge et le lieu de résidence relativement aux contributions au REEI pourront transférer avec report d'impôt à leurs REEI le produit d'un REER qu'ils reçoivent par suite du décès d'un parent ou d'un grand-parent si toutes les exigences actuelles relatives au roulement de REER sont remplies (autrement dit, si le bénéficiaire du REEI était financièrement à la charge du contribuable

décédé en raison d'une déficience mentale ou physique). L'enfant ou le petit-enfant ayant une déficience est habituellement considéré comme étant financièrement à la charge d'un particulier si son revenu pour l'année précédant l'année du décès ne dépasse pas un seuil précis (17 621 \$ en 2010). Un enfant ayant une déficience dont le revenu est supérieur à ce montant peut également être considéré comme financièrement à charge, mais seulement si la dépendance financière peut être démontrée en se fondant sur les éléments particuliers de la situation.

Le montant du produit du REER pouvant être transféré avec report d'impôt à un REEI ne pourra dépasser les droits de cotisation au REEI du bénéficiaire. Le plafond de cotisation cumulatif pour les REEI s'établit à 200 000 \$. Le montant transféré avec report d'impôt réduira les droits de cotisation au REEI du bénéficiaire, sans donner droit à des versements au titre des SCEI. Ce montant sera réputé une cotisation privée lorsqu'il s'agira de déterminer si un REEI est un régime obtenant principalement l'aide du gouvernement (un régime en vertu duquel les montants y étant versés au titre des SCEI et des BCEI sont supérieurs au montant des cotisations privées et qui, par conséquent, est assujéti à de nombreuses autres exigences). Le montant du produit du REER transféré à un REEI n'ayant pas été assujéti à l'impôt sur le revenu, fera partie de la fraction du paiement d'aide à l'invalidité qui est incluse dans le revenu du bénéficiaire au moment où il est retiré du REEI.

Reconnaissant que les familles ayant un enfant handicapé peuvent ne pas être en mesure de cotiser régulièrement à leurs REEI, le budget de 2010 propose de modifier la Loi canadienne sur l'épargne-invalidité afin de permettre le report prospectif sur dix ans des droits aux SCEI et aux BCEI.

Dès janvier 2011, les droits aux BCEI seront déterminés et versés dans le REEI pour les dix années précédentes (sans prendre en considération les années avant 2008, l'année de création des REEI) en se basant sur le revenu familial du bénéficiaire pour ces années. Le solde inutilisé des droits aux BCEI sera déterminé et maintenu pour la même période. Les SCEI seront versées sur les droits inutilisés, jusqu'à concurrence de 10 500 \$ par année.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le REEI, visitez le site Web de l'Agence du revenu du Canada, (voir www.servicecanada.gc.ca/fra/gdc/reei.shtml) ou composez le 1-800-959-7383. (Les personnes qui utilisent un ATS doivent composer le 1-800-665-0354.)

Crédit d'impôt pour frais médicaux

Contexte et admissibilité

Vous pouvez demander des montants payés pour certains frais médicaux (voir le site Web: www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/tpcs/nctm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns409-485/452-fra.html) si vous n'aviez ou n'avez pas droit à un remboursement d'une autre source, telle qu'un régime d'assurance privé ou votre régime d'assurance-maladie provincial.

Pour la déclaration de revenus de 2010, vous pouvez demander, à la ligne 330, les frais médicaux admissibles que votre époux ou conjoint de fait ou vous-même avez payés pour vous; votre conjoint ou conjoint de fait ou vos enfants ou petits-enfants (ou ceux de votre conjoint ou conjoint de fait) née en 1993 ou plus tard qui sont à votre charge.

Les frais médicaux pour **toutes les autres personnes à charge** doivent être demandés à la ligne 331. Par exemple, les frais médicaux que vous avez payés pour un enfant ou petit-enfant âgé de 18 ans ou plus; un parent; un grand-parent; un frère, une sœur, un oncle, une tante, une nièce ou un neveu, seraient demandés à la ligne 331, à condition qu'ils aient résidé au Canada pendant une partie de l'année. Veuillez également noter que la période de 12 mois utilisée pour une demande à la ligne 331 doit être la même que celle que vous avez choisie pour les frais médicaux à la ligne 330. Veuillez noter que vous devez calculer, pour chaque personne à charge, les frais médicaux que vous réclamez à la ligne 331. Le total de ces frais doit dépasser le montant le plus faible entre le montant seuil pour l'année d'imposition en question ou 3 % du revenu net de la personne à charge pour l'année (ligne 236), jusqu'à un maximum de 10 000 \$.

De façon générale, vous pouvez réclamer des montants payés pour des frais médicaux admissibles, même si les coûts ont été encourus à l'extérieur du Canada. Toutefois, les dépenses encourues à l'extérieur du Canada qui ne seraient pas admissibles si elles avaient été encourues au Canada, ne sont pas admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux.

Afin de se qualifier pour le crédit, vos frais doivent dépasser le montant le plus faible entre 3 % de votre revenu net et le montant seuil pour l'année d'imposition en question. Par exemple, un particulier dont le revenu net pour l'année d'imposition 2010 est de 70 000 \$ devrait soustraire le montant le plus faible entre 2 100 \$ (3 % de 70 000 \$) et 2 024 \$ (le montant seuil pour 2010) de sa demande sur sa déclaration de revenus 2010. Dans cet exemple, le particulier déduirait 2 024 \$ du montant total des frais médicaux payés afin d'obtenir le montant des frais médicaux

admissible. Tout montant restant serait admissible au crédit d'impôt pour frais médicaux.

Frais médicaux admissibles

Voici la liste des frais qui peuvent être admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux :

- Paiements à un médecin autorisé – L'Agence du revenu du Canada (ARC) a ajouté une liste de médecins par province ou territoire sur son site Web. Afin de savoir si les paiements que vous avez versés à certains professionnels sont admissibles, veuillez consulter la liste des médecins autorisés (voir le site Web : www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/330/ampp-fra.html) .
- Paiements versés à un hôpital public ou privé.
- Paiement de membres artificiels, fauteuils roulants, béquilles, appareils auditifs ou dispositifs fonctionnels d'écoute personnelle, lunettes prescrites, lentilles cornéennes ou appareils et accessoires fonctionnels personnels pour les déficiences visuelles, dentiers, stimulateurs cardiaques, médicaments et appareils médicaux prescrits (y compris les coûts encourus en ce qui concerne certains de ces articles — par exemple, piles pour appareils auditifs).
- Montants payés pour l'achat et l'installation de rampes extérieures ou intérieures là où les escaliers nuisent à la mobilité.
- Montants payés afin d'agrandir les corridors et les entrées de portes dans le but de permettre l'accès aux différentes pièces de votre résidence.
- Montants payés afin d'abaisser les comptoirs de cuisine ou de salle de bain dans le but de les rendre plus faciles d'accès.
- 20 % du coût d'une fourgonnette qui a été adaptée ou est adaptée dans les six mois suivants son acquisition pour le transport d'une personne en fauteuil roulant, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.
- 50 % du coût d'un conditionneur d'air prescrit par un médecin afin d'aider une personne souffrant d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique, jusqu'à un maximum de 1 000 \$.
- Frais de déménagement raisonnables (que personne n'a déduites comme frais de déménagement) engagées pour qu'une personne qui n'a pas un développement physique normal, ou qui a une déficience motrice grave et prolongée, déménage dans un logement qui lui est plus accessible ou qui lui permet de se déplacer plus facilement ou d'accomplir plus aisément les activités de la vie quotidienne, jusqu'à un maximum de 2 000 \$.

- Frais raisonnables pour les modifications d'une voie d'accès pour autos au lieu de résidence principal d'une personne lorsque celle-ci souffre d'une déficience (moteur prolongé dont les effets sont graves. Les modifications visent à faciliter l'accès de cette personne à un autobus.
- Frais de déplacement – si un traitement ou service médical n'est pas disponible localement, vous pouvez demander les frais de déplacement encourus afin d'obtenir le traitement ailleurs. Si vous devez voyager plus de 40 kilomètres à l'aller afin d'obtenir des services médicaux équivalents, vous pouvez demander les frais de déplacement. Une lettre de votre médecin de famille confirmant que les services ne sont pas disponibles localement est nécessaire. Si vous devez voyager plus de 80 kilomètres à l'aller, vous pouvez peut-être demander le coût de vos repas et d'hébergement en plus de vos frais de déplacement.
- Montants payés pour les frais de préposé aux soins, ou pour des soins dans un établissement reconnu.
- Frais médicaux (aux lignes 330 et 331) - Les interventions esthétiques, y compris les dépenses connexes, effectuées après le 4 mars 2010, sont admissibles à titre de frais médicaux seulement si elles sont exigées à des fins médicales ou restauratrices. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive.

Pour de plus amples renseignements et détails, veuillez consulter « Quels sont les frais médicaux admissibles? » au site Web : www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/330/llwbl-fra.html.

Frais non admissibles

Il existe un certain nombre de frais couramment demandés comme frais médicaux, mais qui ne sont pas admissibles. Cela comprend ce qui suit :

- Frais d'adhésion à un club d'athlétisme ou un centre de conditionnement physique
- Montants payés pour des contraceptifs (vendus sans ordonnance)
- Montants payés pour des appareils pour la tension artérielle
- Montants payés pour un service de livraison-lavage de couches
- Primes à un régime d'assurance-maladie payées par un employeur et qui ne sont pas incluses dans votre revenu
- Montants payés pour programmes de santé
- Montants payés pour les aliments biologiques

- Montants payés pour les médicaments, les vitamines et les suppléments achetés au comptoir même s'ils ont été prescrits par un médecin
- Montants payés pour un système personnel de réponse comme Lifeline et Health Line Services
- Montants payés sous des régimes provinciaux et territoriaux tels que le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario. Pour une liste complète des régimes non admissibles, allez à www.cra.gc.ca/medical
- Frais de déplacement qui peut vous être remboursés.

Remarque : La liste ci-dessus n'est pas exhaustive.

Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées

Au lieu de demander les frais de préposé aux soins sous le crédit d'impôt pour frais médicaux, vous pouvez choisir de demander les frais de préposé aux soins sous la déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées à la ligne 215. Vous pouvez demander une déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées si vous avez payé des frais que personne n'a demandés comme frais médicaux (ligne 330 et ligne 331) et que vous les avez payés pour que vous puissiez:

- être employé ou exploiter une entreprise (seul ou comme associé actif);
- faire de la recherche ou un travail similaire pour lequel vous avez reçu une subvention;
- suivre des cours à un établissement d'enseignement agréé ou une école secondaire où vous participez à un programme de formation.
- Afin de faire cette demande, veuillez remplir le formulaire T929, Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées.

Frais de préposé aux soins

Les frais de service de préposé aux soins peuvent être demandés à la ligne 330 ou à la ligne 215 si vous répondez aux conditions suivantes :

- Les frais de service de préposé aux soins à temps plein peuvent être demandés si la personne avec la déficience a droit au montant pour personnes handicapées (le formulaire T2201, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées, est nécessaire) ou un médecin certifie par écrit que cette dépense est nécessaire et que la déficience sera probablement permanente.

- Les frais de service de préposé aux soins à temps partiel ne peuvent être demandés que si la personne handicapée a droit au montant pour personne handicapée (le formulaire T2201 approuvé est nécessaire).

Si vous demandez un montant pour frais de service de préposé aux soins, le préposé doit être âgé d'au moins 18 ans au moment du paiement des frais et ne peut être votre époux ou conjoint de fait.

Supplément remboursable pour frais médicaux

Ce crédit d'impôt remboursable est disponible pour les travailleurs à faibles revenus et qui ont des frais médicaux élevés. Pour l'année d'imposition 2010, une personne peut réclamer un supplément de jusqu'à 1 074 \$ s'il y'a une demande de déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées ou pour les frais médicaux, et que le revenu familial net est inférieur à 23 775 \$, et au moins 3 135 \$ de revenus gagnés. Vous pouvez demander ce crédit pour les mêmes frais que vous avez utilisés pour demander la déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées à la ligne 215 ou comme frais médicaux à la ligne 330. Faites vos calculs sur la Grille de calcul fédérale qui se retrouve dans le livret de formulaires.

Reçus

Les reçus doivent porter le nom du patient, la date du service, le type de service et le montant payé. Un reçu pour les frais de service de préposé aux soins ou les thérapies devrait également comprendre le nom de l'entreprise ou le nom de la personne à qui les frais ont été payés. Les reçus pour les montants payés à une personne devraient également comprendre le numéro d'assurance sociale (NAS) de la personne et le nom du médecin, le cas échéant. Les factures qui portent la mention « payée » peuvent être acceptées comme document à l'appui à condition que les renseignements mentionnés ci-dessus soient inscrits sur la facture.

Si vous produisez une déclaration sur papier, joignez-y vos reçus et tous les reçus de la personne pour lesquels vous faites une demande (autre que les cotisations payées à un régime d'assurance-maladie, que vous devriez conserver au cas où l'ARC voudrait les examiner) et d'autres documents.

Si vous produisez votre déclaration par voie électronique, conservez vos reçus au cas où l'ARC vous les demanderait à une date ultérieure.

Frais de scolarité et montants relatifs aux études

Si vous étiez inscrit à un programme de formation admissible, vous pouvez demander non seulement vos frais de scolarité, mais également 400 \$ pour chaque mois ou partie de mois pendant lequel vous avez été inscrit à temps plein. Vous pouvez également demander 400 \$ par mois si vous avez dû participer à temps partiel en raison d'une déficience. Si vous étiez inscrit à temps partiel pour d'autres raisons, vous pouvez demander 120 \$ pour chaque mois où vous étiez inscrit.

Programme de remboursement de la taxe d'accise fédérale sur l'essence

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/sgmnts/dsblts/xcs-tx/menu-fra.html

Si vous avez un certificat médical établissant que vous êtes une personne ayant une mobilité réduite qui rend dangereuse l'utilisation du transport en commun, vous pouvez demander un remboursement d'une partie de la taxe d'accise fédérale sur l'essence que vous achetez (*de plus amples renseignements peuvent être trouvés dans les sections sur les propriétaires de véhicules*).

Renseignements sur la TPS/TVH

Site Web : www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/sgmnts/dsblts/gsthst-tpstvh/menu-fra.html

Certains des produits et services utilisés par des personnes handicapées sont exonérés ou détaxés aux fins de la taxe sur les produits et services/taxe de vente harmonisée (TPS/TVH). Cela signifie que vous ne paierez pas de TPS/TVH sur ces dépenses et que vous ne pourrez pas demander de remboursement pour la TPS/TVH que vous avez payée.

Pour de plus amples renseignements sur ce programme fiscal et d'autres programmes fiscaux, appelez-nous au 1-800-959-8281, ou, si vous utilisez un appareil de télécommunication pour sourds (ATS), au 1-800-665-0354. Si nous ne pouvons répondre à votre demande de renseignement par téléphone, vous pouvez organiser un rendez-vous avec un agent à un bureau des services fiscaux (BSF).

Vous pouvez également visiter le site de l'ARC au www.cra-arc.gc.ca. Vous y trouverez le Guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées* qui offre des renseignements détaillés sur les crédits mentionnés ci-dessus ainsi que d'autres crédits et déductions auxquels vous êtes peut-être admissibles. Le guide comprend également des copies imprimables de tous les formulaires dont vous avez besoin pour présenter une demande.

ASSISTANCE PROVINCIALE

Aide sociale

Admissibilité aux prestations

Site Web :

www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.200975.html

Selon le programme, il y a un certain nombre de types d'admissibilité à une aide financière. Les personnes handicapées relèveront probablement d'une de deux catégories : requérants ayant des besoins à long terme ou requérants handicapés.

Catégorie des personnes ayant des besoins à long terme

Le Règlement en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu familial donne la définition suivante de besoins à long terme :

une ou plusieurs infirmités physiologiques, anatomiques ou psychologiques sérieuses qui rendent une personne incapable de participer à des activités sociales ou économiques pendant une période prolongée et qui mènent au chômage à long terme, mais qui ne sont pas assez importantes pour rendre la personne invalide.

Développement social (voir leur site Web au :

www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/personnes_handicapees.html) vous désignera comme client ayant des besoins à long terme si vous répondez à une des conditions suivantes :

- Vous avez une attestation écrite indiquant que vous répondez aux critères d'un client ayant des besoins à long terme de la santé mentale.
- Vous êtes évalué par Développement social comme répondant aux critères de la stratégie portant sur les soins de longue durée, et avez une attestation écrite pour le prouver.
- Vous recevez une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou toute autre pension d'invalidité prévue par la Loi sur les pensions.
- Vous avez des rapports médicaux pour la période de 24 mois indiquant que votre état existe depuis 24 mois, et la Commission consultative médicale approuve la désignation des besoins à long terme.

La désignation des besoins à long terme répond à trois buts principaux :

- elle vous exempte de la Directive sur le revenu des ménages;

- elle vous garantit le taux d'assistance transitoire; et
- elle élimine le besoin de soumettre un rapport médical tous les six mois.

La décision de la Commission consultative médicale de savoir si vous êtes admissible ou non à la désignation de besoins à long terme ne peut pas faire l'objet d'un appel. Développement social ne paiera pas un rapport médical utilisé pour demander la désignation de besoins à long terme. Cette désignation n'augmentera pas le montant de vos prestations à un niveau supérieur au taux d'assistance transitoire. Tous ces facteurs doivent être évalués pour décider si vous demanderez une aide dans la catégorie des personnes handicapées ou celle des besoins à long terme.

Catégorie des personnes handicapées (prestations prolongées)

Pour être admissible comme personne handicapée, un requérant doit répondre aux critères suivants :

- il a des besoins financiers, déterminés par les modalités d'accueil normales du ministère;
- il a été certifié invalide par la Commission consultative médicale; et
- il est âgé de 18 ans ou plus.

Après avoir suivi les modalités d'accueil pour déterminer le besoin financier, un spécialiste de l'évaluation des besoins effectuera une entrevue d'inscription et remplira un rapport social de catégorie pour personnes handicapées. Vous devez signer une autorisation pour obtenir le formulaire d'obtention de l'information dans le cadre de la demande. Vous devrez également subir un examen médical pour que le rapport médical - catégorie des personnes handicapées, puisse être rempli. Développement social paiera jusqu'à 50 \$ du coût de ce rapport. Le Règlement de la Loi sur la sécurité du revenu familial précise que invalide signifie, relativement à :

une personne, souffrant d'une infirmité physiologique, anatomique ou psychologique importante, constatée par la Commission consultative médicale, laquelle infirmité risque de se poursuivre indéfiniment sans espoir d'amélioration importante l'empêchant ainsi de façon importante de mener une vie normale.

La Commission consultative médicale est composée de médecins, d'un représentant du ministère et le secrétaire de la Commission. Elle agit comme conseil indépendant auprès de Développement social, étudiant les

demandes et recommandant si les requérants sont admissibles ou non au statut dans la catégorie des personnes handicapées ou dans la catégorie des personnes ayant des besoins à long terme.

Accueil ordinaire

Pour demander de l'Aide au revenu, téléphonez au bureau de Développement social le plus près. Consultez la liste de régions et leurs numéros téléphoniques à la page 36 de ce répertoire. Un évaluateur au téléphone vous posera quelques questions de base sur votre situation personnelle pour déterminer si vous êtes admissible à une aide ou non. Si vous semblez être admissible, on vous demandera de venir vous inscrire en personne.

On vous posera certaines questions détaillées concernant vos besoins financiers. Apportez des copies des documents suivants :

- Numéro d'assurance sociale et carte d'assurance-maladie pour chaque membre adulte du ménage : Si vous n'avez pas ces documents, Développement social acceptera temporairement deux autres pièces d'identité, comme un permis de conduire ou un certificat de naissance, mais si les cartes désignées ne sont pas reçues dans quatre mois, votre dossier sera automatiquement annulé.
- Une carte d'assurance-maladie et un certificat de naissance pour chaque enfant âgé de moins de 16 ans du ménage : Si l'enfant a une carte de numéro d'assurance sociale, vous devez l'apporter. Si l'enfant est un nouveau-né, Développement social acceptera temporairement le bracelet de l'hôpital ou la carte de bassinette, mais encore une fois, si les cartes désignées ne sont pas reçues dans quatre mois, votre dossier sera automatiquement annulé.
- Vérification de l'adresse : Si vous êtes locataire, vous aurez besoin d'une copie du bail, du reçu du plus récent loyer (y compris le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du propriétaire et une mention indiquant si le chauffage et l'éclairage sont inclus), ou d'un formulaire de confirmation de résidence rempli. Si vous êtes en maison de pension, vous devez remplir un formulaire de confirmation de résidence. Si vous êtes propriétaire de votre maison et avez une hypothèque, vous devez apporter une copie de votre entente hypothécaire ou un reçu détaillé et précis du titulaire de l'hypothèque. Si vous êtes propriétaire de votre maison sans hypothèque, vous devez apporter une copie de votre titre de propriété ou de votre plus récente facture d'impôt. Si vous habitez sur une propriété et fournissez des services d'entretien, vous devez

- apporter une attestation écrite du propriétaire du bâtiment, indiquant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du propriétaire, ainsi que les modalités ou conditions de résidence du requérant dans cette maison, comme ses responsabilités.
- Déclaration de non soutien, pour les parents uniques ou les requérants âgés de 16 à 18 ans : Il faut inclure les documents de séparation, de divorce ou de garde si vous les avez.
 - Dossier des gains : (fiche de cessation d'emploi) et le dernier talon de paie de votre dernier emploi.
 - Vérification de l'emploi : tel que talons de chèque, état financier, ou lettre de votre employeur.
 - Vérification des biens.

Apportez aussi toutes vos factures et tout document que vous pourriez avoir qui explique en détail vos dépenses. Ceci peut aussi inclure le coût des médicaments sur ordonnance. Votre pharmacien doit être capable de fournir une estimation écrite d'ordonnances réalisées par votre médecin. Même si vous n'avez pas acheté ces médicaments, ils sont prescrits par votre médecin et comme tel, doivent être inclus dans le cadre de vos frais mensuels. Tous les documents qui indiquent votre revenu et vos dépenses seront examinés. Si vous remettez les documents originaux à Développement social, n'oubliez pas d'en faire des copies pour vos dossiers.

Accueil : Éléments d'actif

Durant le processus de l'accueil, Développement social examinera vos immobilisations et vos liquidités. Les immobilisations offrent une source potentielle de revenus et sont essentielles au maintien de ce que Développement social appelle un « niveau de vie raisonnable ». Les immobilisations et les liquidités seront inscrites à votre dossier, mais elles ne serviront pas à déterminer votre admissibilité à une aide. Les immobilisations comprennent, de façon non limitative, les éléments suivants :

- votre résidence et toutes les dépendances (constructions accolées);
- un véhicule utilisé pour les déplacements de tous les jours, le travail, les visites chez le médecin ou les courses;
- les biens immobiliers; le terrain sur lequel votre résidence est située; ou
- les biens dont vous avez besoin pour assurer votre subsistance, comme un lot boisé ou de l'équipement, du matériel de pêche ou agricole, ou des outils.

Vous devez aviser Développement social avant de vendre, transférer ou céder vos immobilisations, puisque l'argent reçu de ces transactions est considéré comme un revenu.

Les liquidités comprennent l'argent et les biens qui ne font pas partie de la catégorie des immobilisations. Développement social exige que les éléments d'actif en excédent soient vendus à une juste valeur marchande dans un délai raisonnable, de façon à ce que vous ayez moins besoin d'aide. Les liquidités peuvent inclure, de façon non limitative :

- les sommes disponibles (en main ou en banque);
- la valeur de rachat en espèces des polices d'assurance; ou
- les placements qui peuvent être encaissés, même si vous êtes pénalisé pour le faire. Ces placements comprennent les CIG et les REER.

Vos fonds en fiducie pour l'éducation de vos enfants et tous les investissements qui ne peuvent être liquidés, même moyennant le paiement d'une pénalité, ne sont pas inclus dans le calcul des liquidités.

En général, les requérants doivent avoir des liquidités de moins de 1 000 \$ pour un ménage à une personne et de moins de 2 000 \$ pour un ménage à plusieurs personnes, et une assurance avec une valeur de rachat de moins de 2 000 \$ pour être admissibles à une aide financière. Voici certaines exemptions auxquels les clients handicapés ont droit :

- liquidités pouvant atteindre une somme maximale de 3 000 \$ pour chaque personne faisant partie du ménage qui est handicapée et une somme additionnelle de 1 000 \$ pour chaque personne faisant partie du ménage qui n'est pas handicapée jusqu'à concurrence de 4 000 \$ pour un ménage constitué de plus d'une personne;
- Fonds en fiducie et intérêts accumulés jusqu'à concurrence de 200 000 \$, qui sont établis pour les personnes handicapées;
- Régime enregistré d'épargne-invalidité de 200 000 \$ en cotisations, 70 000 \$ en subventions, et 20 000 \$ en bons; et
- Jusqu'à 800 \$ par mois associée revenu provenant d'une REEI ou fonds en fiducie.

Lorsque vous demandez une aide au revenu, Développement social évalue votre revenu. Ce revenu ne comprend pas uniquement le revenu d'un salaire que vous recevez. Développement social pense que les requérants devraient d'abord accéder à toutes les ressources qui leur sont accessibles, comme le RPC, l'assurance-emploi et la pension alimentaire

pour enfants, l'aide aux étudiants, les revenus de placement, une assurance privée et ainsi de suite. Si vous êtes âgé de moins de 19 ans, Développement social vous demandera pourquoi vos parents ne peuvent pas vous entretenir. Si vous êtes handicapé, vous devez d'abord demander les prestations d'invalidité du RPC. Le ministère calculera le revenu en examinant le montant brut. Encore une fois, il y a des exceptions. Le ministère n'évaluera pas l'aide pour les subventions des coûts de location, les prestations pour enfants, les paiements de famille d'accueil, les paiements d'adoption subventionnés, ou les crédits de la TPS lors du calcul du revenu.

Accueil : Directive sur les unités économiques

Dans l'évaluation de vos besoins également, Développement social examinera tous les membres de votre ménage pour déterminer les besoins de l'unité économique. Développement social a défini unité économique dans des termes très généraux; deux personnes ou plus habitant ensemble qui partagent les responsabilités du ménage, et bénéficient économiquement du partage de la nourriture, du logement ou des services. L'unité peut comprendre un conjoint (marié ou en union libre), un parent, un enfant ou un colocataire. Lorsque Développement social a déterminé qu'il existe une unité économique, il considère cette unité admissible à un seul chèque d'aide. Les prestations seront souvent refusées, annulées ou diminuées selon la situation individuelle.

Il y a certaines exceptions à cette règle, et les deux exceptions auxquelles les personnes handicapées ont droit plus directement visent les personnes qui reçoivent des prestations d'invalidité et celles qui ont des besoins à long terme. Les clients désignés comme personnes handicapées peuvent partager un logement sans que ses prestations en soient affectées. L'exemption ne s'applique pas à un conjoint marié ou ayant déclaré vivre dans une union de fait, ni à des enfants. Si le conjoint de fait/cohabitation ou l'enfant est aussi certifié aveugle, sourd ou invalide, ils peuvent être considérés comme des cas séparés.

Ceux qui ont des besoins à long terme désignés sont considérés comme des cas distincts de toutes les autres personnes, ce qui les exempte essentiellement de la directive sur les unités économiques. Ces personnes peuvent habiter avec presque n'importe qui, sauf un conjoint légal ou de fait ou un enfant à charge. Ainsi, si vous êtes déclaré être dans une relation conjugale en union libre, pour Développement social ou tout autre organisme (ARC, RPC, etc.) vous êtes encore visé par la directive sur les unités économiques. Puisque Développement social vérifiera votre information des autres sources gouvernementales, ne lui

dites pas que vous êtes dans une relation conjugale en union libre si vous avez dit aux autres organismes qu'effectivement vous êtes dans une telle relation.

Taux de prestation

Le taux actuel pour ceux qui reçoivent une aide transitoire est de 537 \$ par mois, si une seule personne habite au sein de l'unité. C'est le cas pour ceux qui font une demande d'aide selon la désignation des besoins à long terme. Il y a également des dispositions pour le Programme de prestations prolongées, qui prévoit un taux pour les personnes handicapées de 618 \$ par mois, encore une fois à condition qu'une seule personne habite dans l'unité. Vous pouvez être admissible à ce programme seulement si vous êtes devenu gravement handicapé de façon permanente. Vous êtes évalué ainsi par la Commission consultative médicale. En plus de l'aide financière directe, vous recevrez une carte d'assistance médicale et vous pouvez être admissible aux prestations d'urgence spéciales.

Supplément pour handicap

Le supplément pour personnes handicapées est une prestation mensuelle versée aux bénéficiaires d'aide sociale sourds, aveugles ou handicapés. La prestation reconnaît que les personnes handicapées doivent défrayer des coûts considérables relatifs à leur état et ont besoin d'une aide supplémentaire pour acheter les biens et services essentiels. Depuis 1 octobre 2011, le montant du supplément est de 87,50 \$ par mois.

Montants de l'exemption de salaire

Selon le nombre de personnes dans votre ménage et la catégorie de prestation à laquelle vous appartenez, vous avez droit à une exemption de salaire. Cette exemption de salaire vous permet de gagner une somme d'argent spécifique sans affecter vos prestations.

Les ménages d'une personne dans le programme de prestations prolongées ont droit à une exemption de salaire maximum de 250\$ par mois. Les ménages d'une personne dans le programme d'aide transitoire ont droit à une exemption de salaire de 150\$ par mois au maximum. Les ménages de plus d'une personne dans le programme de prestations prolongées ont droit à une exemption de salaire de 300\$ par mois. Les ménages de plus d'une personne dans le programme d'aide transitoire ont droit à une exemption de salaire de 200\$ par mois au maximum.

Prolongation des avantages de carte d'assistance médicale

Une prolongation des avantages de carte d'assistance médicale pourrait être disponible aux bénéficiaires de l'aide sociale qui font la transition à l'emploi et ne reçoivent plus l'aide sociale. La carte d'assistance médicale serait disponible pour un maximum de trois ans, ou pour une durée moindre si l'employeur a un régime privé d'assurance-maladie auquel l'employé est éligible.

Prestation unique d'assistance transitoire

Une prestation unique d'assistance transitoire pouvant atteindre 500 \$ sera mise en œuvre pour aider les bénéficiaires de l'aide sociale dotés d'un plan d'intervention qui ont le potentiel de faire la transition à long terme ou permanente vers le marché du travail.

Demandes de carte d'assistance médicale seulement :

Paragraphe 4(4)

Information générale et modalités de présentation d'une demande

Site

Web :

www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/personnes_handicapees.html

Si vous n'êtes pas admissible à une aide au revenu, vous pouvez quand même obtenir une carte d'assistance médicale provinciale pour payer les dépenses médicales. La plupart des gens ne sont pas admissibles à une aide au revenu en raison de l'évaluation des besoins. Toutefois, le paragraphe 4(4) du *Règlement général* de la *Loi sur la sécurité du revenu familial* permet à Développement social de déterminer l'admissibilité d'un requérant sans imposer les limites rigoureuses de l'évaluation des besoins. Vous pouvez vous prévaloir de cet article pour demander une carte d'assistance médicale ou une prestation spéciale unique.

Pour présenter une demande, voir la liste de régions et leurs numéros téléphoniques à la page 36 et composez le numéro comme vous le feriez si vous demandiez une aide au revenu. Vous parlerez ensuite avec un des agents de l'accueil de Développement social. Il vous demandera votre numéro d'assurance sociale, votre numéro d'assurance maladie et votre date de naissance. Puisque ce service est offert en fonction de vos besoins financiers, il sera tenu compte également des éléments suivants :

- votre revenu;
- vos factures mensuelles (loyer/hypothèque, électricité, téléphone, câblodistribution, etc.); et

- combien de personnes habitent dans « l'unité économique » (y compris votre conjoint, les enfants et les colocataires).

Documentation concernant la présentation d'une demande

Lorsque vous demandez une carte d'assistance médicale en vertu du paragraphe 4(4), vous aurez besoin de toute la documentation pour présenter une demande de prestations ordinaires. Vous devez également présenter une lettre de votre médecin, expliquant la nature de votre état, et une évaluation des coûts de votre traitement, ainsi qu'une preuve de toutes les dépenses et du revenu dont il est tenu compte pour les requérants en vertu du paragraphe 4(4) qui ne sont pas normalement pris en compte pour les requérants de prestations ordinaires. Voici les dépenses qui peuvent être prises en compte lors d'une demande présentée en vertu du paragraphe 4(4) :

Pension alimentaire, prêts bancaires, câblodistribution, assurance automobile, paiement d'automobile/prêt pour automobile, services de garderie, pension alimentaire pour enfant, vêtements, cartes de crédit, compagnie de finance, prêts, nourriture, chauffage, assurance-maison, entretien ménager, hydroélectricité, assurance-vie, dépenses médicales, transport pour des raisons médicales (essence), hypothèque, prêts d'Énergie NB, impôt foncier, loyer, paiements des prêts étudiants, téléphone, transport pour la formation et autres dépenses, comme les dépenses de funérailles ou chambre et pension.

Ces dépenses sont calculées selon le coût des services de base chaque mois et ne tiennent pas compte des arriérés de compte ou des services supplémentaires. Par exemple, seul le coût des services de base de téléphone et de câblodistribution sont inclus dans le calcul; il y a une exception : Développement social tiendra compte des appels téléphoniques interurbains aux médecins et aux hôpitaux.

Éléments d'actif et revenu

Pour les demandes de cartes d'assistance médicale, Développement social tiendra compte de votre revenu net réel, et de votre revenu net pour les renouvellements. Encore une fois, il examinera certaines formes de revenu qui ne seraient pas considérées pour les requérants de prestations ordinaires par exemple :

- Prestation fiscale pour enfant
- Crédit de TPS
- Paiements de foyer d'accueil
- Paiements d'adoption subventionnés

Le ministère tiendra compte également des liquidités suivantes, qui ne sont pas normalement considérées :

- Revenu généré par les fonds de fiducie établis pour les personnes aveugles ou handicapées;
- Paiements forfaitaires aux hémophiles infectés par le VIH ou le SIDA, aux victimes et aux survivants de la thalidomide;
- Paiements forfaitaires d'indemnisation aux victimes d'agressions sexuelles; et
- Paiements forfaitaires aux Canadiens Japonais.

Si vous recevez une carte d'assistance médicale en vertu de cet article, vous pouvez l'utiliser uniquement pour la personne de votre ménage qui a besoin des services. De plus, la carte couvre seulement les services approuvés par Développement social et non tous les avantages de la carte d'assistance médicale normale. Si vous êtes jugé admissible à une carte d'assistance médicale seulement, vous n'avez pas droit à d'autres prestations spéciales.

Prestations spéciales/prestations d'urgence **Information générale et admissibilité**

Les bénéficiaires de l'aide au revenu provinciale ont droit à certaines prestations spéciales et d'urgence précises. Les ménages pas recevant de l'aide au revenu peuvent également être éligibles et sont évalués cas par cas. Ces prestations sont habituellement réservées aux personnes qui font partie des « groupes prioritaires » notamment :

- personnes aveugles ou handicapées : bénéficiaires certifiés par la Commission consultative médicale qui reçoivent également une prestation d'invalidité du RPC;
- victimes de catastrophes;
- familles ayant des personnes à charge âgées de moins de 19 ans dont les coûts du logement sont élevés (lorsque le ménage paie 40 % ou plus de son revenu total pour un logement, les services d'électricité et le chauffage non compris);
- les femmes qui sont enceintes de six mois ou plus ou qui ont des bébés de six mois ou moins, et leurs nouveaux-nés;
- les femmes qui quittent une situation abusive;
- les bénéficiaires visés par le projet de désinstitutionalisation; et
- les bénéficiaires « jeunes à risque » (clients de 16 à 18 ans qui n'habitent pas avec leurs parents et qui fréquentent encore l'école).

Aucune somme ne sera retenue sur votre chèque d'aide afin de récupérer une partie du coût des prestations spéciales. Les prestations seront accordées seulement si le requérant a épuisé toutes les autres sources de revenu; pour les clients handicapés, 75 % du revenu généré par des fonds en fiducie établis pour eux devrait être appliqué aux prestations pour les besoins spéciaux. Les articles qui doivent être achetés ne devraient jamais être achetés des membres du personnel du Développement social ou de leurs parents, et le personnel du Développement social ne doit pas recommander ou orienter des clients vers un vendeur particulier.

Qu'est-ce qu'une « urgence » ?

Développement social examinera toutes les demandes de prestations spéciales pour déterminer si votre demande répond à un besoin d'urgence critique. Il tentera de déterminer si vous connaîtrez de grandes difficultés, advenant que la prestation ne soit pas accordée, et si vous avez d'autres moyens d'obtenir le service ou les articles demandés. Pour qu'une situation soit considérée comme une urgence par Développement social, ce doit être une situation imprévue et inévitable qui exige une intervention immédiate, ou une situation qui vous laisserait sans nourriture, logement ou chauffage, ou sans les fournitures médicales ou autres dont vous avez besoin d'ici deux jours. Si Développement social détermine que les prestations que vous avez demandées sont essentielles, qu'il existe une urgence critique, et que vous ne pouvez pas autrement obtenir la prestation vous-mêmes ou par l'entremise de votre famille ou de la communauté, selon sa politique, il ne peut pas refuser votre demande.

Le tableau suivant indique les prestations d'urgence et les prestations spéciales disponibles par l'entremise de Développement social :

<u>Prestations spéciales/d'urgence</u>	<u>Disponibilité</u>	<u>Commentaires</u>
Transport pour raisons médicales	Accessible aux clients vivant les situations suivantes : a) situation d'urgence lorsqu'un autre moyen n'est disponible; b) des soins médicaux prévus sont exigés fréquemment, justifiés par une difficulté physique ou financière; c) rendez-vous médicaux prévus lorsque la distance	Peut être utilisée pour payer le transport en commun ou le transport privé. Toutefois, le montant ne couvre pas habituellement vos coûts réels.

	aller chez le médecin dépasse 25 km.	
Mobilier de maison	Prestation limitée aux groupes prioritaires.	Peut couvrir des articles neufs ou usagés comme réfrigérateur, cuisinière, laveuse, table et chaises de cuisine, sommier à ressorts et matelas, lit et matelas d'enfant et détecteurs de fumée. L'obtention de ces articles prend beaucoup de temps.
Funérailles	Prestation accessible à tous les clients qui répondent aux critères.	Développement social vérifiera d'abord si d'autres ressources comme les prestations de décès du RCP ou une aide de la famille sont disponibles.
Dépôt de garantie	Prestation limitée aux personnes ayant été diagnostiquées comme ayant le VIH ou le SIDA, les victimes de catastrophes et les femmes en transition.	Développement social paiera un seul dépôt de garantie, alors il est important de ne pas le perdre. Lorsque vous déménagez d'un appartement à l'autre, le dépôt de garantie peut être transféré.
Assurance de biens	Prestation limitée aux groupes prioritaires.	Les paiements sont effectués seulement lorsque le non-paiement entraînera la perte de votre bien ou annulera votre admissibilité à un prêt pour des réparations ou le renouvellement d'une hypothèque.
Articles ménagers	Ces articles peuvent être accordés aux membres de groupes prioritaires qui n'ont pas d'autres moyens financiers d'obtenir ces	Peut couvrir des articles comme la literie, les serviettes, la vaisselle, les batteries de cuisine et la coutellerie.

	articles.	
Nourriture d'urgence	Prestation limitée aux groupes prioritaires.	
Loyer	Le loyer ou l'hypothèque peuvent être payés pour les membres des groupes prioritaires lorsqu'il est confirmé qu'il existe une menace d'évacuation ou de saisie.	
Eau et égout	Prestation limitée aux groupes prioritaires et à ceux qui sont propriétaires de leurs maisons ou qui ont une hypothèque et qui vivent une situation d'urgence.	
Téléphone	Prestation limitée aux groupes prioritaires.	Développement social paiera les coûts de branchement d'un téléphone pour des raisons médicales, ou s'il peut exister une situation de violence.
Fournitures d'incontinence	Prestation accessible à tous les clients qui répondent aux critères.	En général, couvre les couches et les autres fournitures pour les clients incontinents.
Substituts alimentaires	Prestation accessible à tous les clients qui répondent aux critères.	Peut couvrir le coût de Boost, Ensure et autres compléments alimentaires. À ne pas confondre avec le complément alimentaire spécial.
Diète Spéciale	Les individus peuvent obtenir ce complément en présentant la confirmation de votre diagnostic par un médecin et qui indique les raisons pour lesquelles votre vie serait en danger sans ce complément alimentaire spécial.	Limitée à un maximum de 30 \$ par mois.

Vêtements	Prestation limitée aux groupes prioritaires.	
Services de garderie pour des raisons médicales	Prestation accessible à tous les clients qui répondent aux critères. Cette prestation s'adresse aux clients qui ont des enfants de 13 ans ou moins et qui ont besoin de services de garderie parce que le client est à l'hôpital ou est revenu de l'hôpital mais a besoin d'aide pendant sa convalescence.	Développement social paiera un taux de 2 \$ l'heure pour le premier enfant ou un maximum de 2,50 \$ pour deux enfants ou plus jusqu'à concurrence de 25 \$ par jour.

Programme d'améliorations éconergétiques

Le programme offre de l'aide financière pour améliorer l'efficacité énergétique de logements occupés par des ménages à faibles revenu. Le but du programme est :

- D'offrir des économies d'énergie aux ménages à faibles revenu
- Réduire la consommation d'énergie
- Diminuer l'impact sur l'environnement en conséquence de la consommation d'énergie

Le montant de subvention maximale est 4 500 \$. L'aide financière supplémentaire en forme d'un prêt remboursable est aussi disponible. Les travaux admissibles comprennent les systèmes de chauffage, étanchéisation contre les fuites d'air, isolation, portes et fenêtres et systèmes de ventilation.

Suppléments de chauffage (électrique et non électrique)

Les programmes d'aide pour l'énergie du ministère du Développement social

Site Web :

www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.200719.html

Des suppléments de chauffage sont offerts aux clients admissibles de l'aide sociale pour les aider à pallier les coûts de chauffage en hiver. Les clients doivent remplir des critères d'admissibilité précis, y compris avoir une hypothèque ou des frais de loyers de plus de 100 \$ par mois.

Il y a trois types de suppléments :

- Le *supplément chauffage électrique* est fourni aux familles admissibles qui chauffent à l'électricité (entièrement ou partiellement) pour un montant de \$150.00 par mois pour une durée de six (6) mois. Il est disponible de novembre à avril.
- Le *supplément de chauffage non-électrique* de 145,00 \$ par mois pour une durée de six (6) mois est disponible aux ménages admissibles de novembre à avril.
- Le *supplément de carburant en vrac* de 870.00 \$ pour l'achat de bois ou de l'huile est fourni de novembre à avril. Les prestations peuvent être fournies mensuellement à 145,00 \$ par mois ou dans un format en vrac.

Le supplément de chauffage en cas d'urgence (voir leur site Web au : www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.200993.html) Le supplément de chauffage en cas d'urgence aide les Néo-Brunswickois à faible revenu à compenser leurs frais d'énergie. Le programme s'appuie sur l'évaluation d'urgence du ministère du Développement social existant en fournissant jusqu'à 550 \$ en financement d'urgence pour les ménages néo-brunswickois qui qualifient. Le bénéfice amélioré élimine aussi l'exigence que les candidats potentiels appauvrissent leurs actifs pour bénéficier de l'assistance. Cela signifie que les éléments tels que les investissements et les comptes bancaires avec moins de 2 000 \$ comptant ne seront pas considérées pour déterminer si le ménage a besoin du bénéfice.

Tous les ménages du Nouveau-Brunswick qui se trouvent dans une situation d'urgence peuvent demander le supplément de chauffage en cas d'urgence en communiquant avec leur bureau régional. Si un demandeur requiert l'avantage dans deux années consécutives, leur logement sera automatiquement priorisé pour le programme d'améliorations éconergétiques pour les ménages à faible revenu. Ce programme amélioré complète les autres suppléments de chauffage du Développement social. Il est également complété par une variété de programmes d'efficacité énergétique qui peuvent offrir des solutions à moyen et long terme pour frais de chauffage élevé.

Programmes d'efficacité énergétique

La nouvelle Prime unique d'amélioration du système de chauffage (PUASU), de 500 \$, sera offerte aux participants au Programme

d'amélioration énergétique des maisons existantes d'Efficacité NB, au Programme d'amélioration des immeubles résidentiels à logements multiples et au Programme d'améliorations éconergétiques pour les ménages à faible revenu du ministère du Développement social. Cette prime est destinée aux participants à ces programmes qui passent d'un système de chauffage à faible efficacité énergétique à un système ENERGY STAR ou à un système évalué par l'EPA qui sont plus efficaces, entre le 5 novembre 2008 et le 31 mars 2010.

La PUASU est offerte aux participants au programme existant d'Efficacité NB visant les maisons en plus de la subvention maximale de 2000 \$ ou du prêt sans intérêt pouvant atteindre 10 000 \$. Les participants au Programme des immeubles résidentiels à logements multiples sont admissibles à une subvention maximale de 10 000 \$ (selon le nombre d'unités). Pour obtenir de plus amples renseignements sur les programmes, visitez Efficacité NB au www.efficacitenb.ca/accueil.html, ou composez le 1-866-643-8833.

Le Programme d'améliorations éconergétiques pour les ménages à faible revenu

(www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.19556.html) offre jusqu'à 4500 \$ pour aider les propriétaires de maisons à faible revenu et 1500 \$ par appartement, dont l'efficacité énergétique a été améliorée, aux propriétaires qui ont des locataires à faible revenu. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les programmes offerts par le ministère du Développement social, visitez http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social.html ou téléphonez au personnel de votre bureau régional :

Péninsule acadienne : 1-866-441-4149

Chaleur : 1-866-441-4341

Edmundston : 1-866-441-4249

Fredericton : 1-866-444-8838

Miramichi : 1-866-441-4246

Moncton : 1-866-426-5191

Restigouche : 1-866-441-4245

Saint John : 1-866-441-4340

Appels au Ministère du Développement social

Site Web :

www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.200995.html

Comme la plupart des organismes du gouvernement, Développement social a établi un système d'appel pour revoir les décisions prises par le ministère dont vous n'êtes peut-être pas satisfait. Sur appel, la décision sera révisée pour déterminer si elle a été prise conformément aux diverses lois et politiques qui régissent le ministère. Si vous êtes incapable de demander un appel ou de participer à un appel en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une infirmité, un représentant peut agir en votre nom. Vous avez le droit de faire appel si :

- le ministère prend trop de temps à prendre une décision au sujet de votre aide;
- si votre demande d'aide a été refusée;
- s'il a été mis fin à une partie ou à la totalité de votre aide; ou
- si vous n'avez pas obtenu suffisamment d'aide pour vos besoins.

Certaines décisions ne peuvent pas faire l'objet d'un appel en application des modalités d'appel de Développement social. Pour ce qui est des personnes ayant des handicaps, ce qui importe c'est que les décisions en vertu du paragraphe 4(4) et les décisions de la Commission consultative médicale ne peuvent pas faire l'objet d'un appel. De plus, les prestations d'urgence pour les besoins spéciaux (par exemple logement, impôts fonciers, réparations et fournitures de la maison et articles de base) et les questions non financières (comme planification de cas) ne peuvent pas faire l'objet d'un appel et vous ne pouvez pas interjeter appel de votre non admissibilité à l'aide si vous n'avez pas terminé le processus de demande.

Il y a deux niveaux d'appel internes à Développement social. La première est la « Demande de révision »; un réviseur du secteur examinera votre dossier à nouveau pour voir si la *Loi sur la sécurité du revenu familial* ou ses règlements ont été suivis dans votre cas. La première étape à suivre est de demander un formulaire de demande de révision, de le remplir et de le retourner dans les 30 jours après avoir reçu l'avis de décision de Développement social, ou à n'importe quel moment, si vous pensez qu'il y a un retard non raisonnable dans la prise d'une décision concernant votre demande d'aide. Après que le réviseur du secteur a reçu la demande de révision, il a 15 jours ouvrables pour revoir votre cas et vous envoyer une lettre vous annonçant le résultat. La lettre contiendra les détails de la décision, les raisons de la décision et indiquera si vous avez le droit de faire appel auprès du prochain palier d'appel. Elle contiendra une description des modalités à suivre pour interjeter appel et le formulaire nécessaire pour le faire, soit la « demande d'appel ».

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision du réviseur du secteur, la prochaine étape consiste à demander une audience d'appel à la Commission d'appel régionale sur la sécurité du revenu familial. Dans les vingt jours de la réception d'une décision du réviseur du secteur, vous devez remplir et retourner la demande d'appel à l'adresse fournie sur cette demande. Après avoir reçu votre demande, la Commission a vingt jours pour tenir une audience d'appel. Elle vous enverra une lettre expliquant en détail quand et où votre audience d'appel aura lieu. L'audience se tiendra dans la même ville où est situé votre bureau régional de Développement social. Si vous n'avez pas les moyens de vous rendre à l'audience, vous pouvez demander à la Commission de vous fournir de l'aide pour payer une partie de vos frais de voyage. Vous pouvez demander à quelqu'un de vous accompagner à l'appel et de parler en votre nom, que ce soit un membre de votre famille, un ami, un fournisseur de soins ou votre avocat.

Le jour de l'audience, vous attendrez à l'extérieur de la salle d'audience jusqu'à ce que votre cas soit appelé. À l'audience, en plus de vous-même et de la personne qui vous accompagne, il y aura le réviseur du secteur responsable de la décision dont vous interjetez appel, le président de la Commission d'appel dans votre région et deux autres membres de la Commission, dont un au moins est un ancien bénéficiaire d'aide au revenu. Pour protéger votre vie privée, l'audience n'est pas ouverte au public. Vous devriez apporter à l'audience toute autre information qui est importante pour votre appel, mais qui n'est pas déjà incluse dans votre dossier. Le réviseur du secteur apportera également tout document qui concerne votre appel.

Lorsque vous serez appelé dans la salle d'audience, le président vous présentera aux autres membres de la Commission et expliquera les démarches qui seront suivies pendant l'audience. C'est une démarche non formelle. Chaque partie donne sa version des faits. La Commission demandera au réviseur du secteur de l'information dans votre dossier et vous demandera d'indiquer vos dépenses mensuelles et tous autres éléments qui sont importants pour votre cas. N'oubliez pas de fournir toute information qui pourrait avoir une influence sur votre cas, quelle que soit l'importance que vous lui accordez, parce que la Commission basera sa décision sur ce que vous avez à dire.

Dans les 15 jours suivants l'audience d'appel, la Commission enverra une lettre à vous et au réviseur du secteur indiquant la nature et les raisons de sa décision. La Commission peut décider que le ministère n'a pas pris la

bonne décision et statuer en votre faveur, ou elle peut être d'accord avec le ministère et maintenir la décision.

Voici les endroits où sont situés les huit bureaux de Commissions d'appel régional sur la sécurité du revenu familial. Des audiences ont lieu dans les localités suivantes :

Région 1 - Richibucto/Sackville/Shediac/Moncton

Région 2 – Saint John/Sussex/St. Stephen

Région 3 – Fredericton/Woodstock/Perth-Andover

Région 4 – Edmundston/Grand-Sault

Région 5 - Restigouche

Région 6 – Chaleur/Bathurst

Région 7 – Miramichi/Néguac

Région 8 – Péninsule Acadienne

Ministère des Finances

2012 Programme d'aide pour l'énergie domestique

Site Web: www.gnb.ca/0162/programs/HEAP/Index-f.asp

Le Programme d'aide pour l'énergie domestique est une prestation unique de 100 \$ destinée à venir en aide aux familles à faible revenu à faire face aux coûts élevés de l'énergie domestique. Le programme sera en vigueur pendant un an et consiste en un paiement unique de 100 \$ pour les familles ayant un revenu de 28 000 \$ et moins.

Pour être admissible au programme vous devez :

- Avoir une résidence principale (domicile) au Nouveau-Brunswick au moment de soumettre la demande;
- Avoir eu un revenu familial total (requérant(e) et conjoint(e) ou conjoint(e) de fait) de 28 000 \$ ou moins pour 2010;
- Être résident(e) du Nouveau-Brunswick le 31 décembre 2010 et avoir fait une déclaration de revenus du Nouveau-Brunswick pour 2010;
- Fournir une copie d'une facture d'électricité pour votre domicile datée après le 1er juillet 2011. Si les frais d'électricité sont compris dans votre loyer, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du propriétaire.

Le ministère des Finances traitera les demandes et accordera le paiement aux requérants admissibles. Dans des circonstances exceptionnelles, si le revenu familial total était supérieur à 28 000 \$ en 2010 et que le revenu familial total sera de 28 000 \$ ou moins en 2011 (par exemple: perte d'emploi ou d'autres raisons), un requérant pourrait quand même être admissible.

Les formulaires de demande sont maintenant disponibles. Lorsqu'ils présenteront une demande, les requérants doivent fournir de l'information sur leur revenu familial total et une copie d'une facture d'électricité récente (datée après le 1er juillet 2011). Une seule prestation par ménage (adresse) sera accordée.

Les formulaires de demande sont également disponibles dans les centres de Services Nouveau-Brunswick, ou par la poste :

Ministère des Finances
C. P. 3000
Édifice du Centenaire
Fredericton (N.-B.) E3B 5G5

Il est important de noter que les demandes pour la prestation de 2012 doivent être présentées au plus tard le 30 Juin 2012.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce programme, communiquez avec le ministère des Finances, Division du revenu et de l'impôt, au 1 (800) 669-7070, du lundi au vendredi, entre 8 h 15 et 17 h.