

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

Décembre 2013



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 : pcsd@gnb.ca
Site Web : www.gnb.ca/conseil

Ce document est disponible en médias substituts 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.

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
AGENCE DU REVENUE DU CANADA.....	1
Déductions et crédits	1
Régime enregistré d'épargne-invalidité.....	2
EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA	3
Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada	3
Assistance Provincial.....	7
MINISTÈRES DES FINANCES	7
Personnes âgées - Prestation pour personnes âgées à faible revenu.....	7
Programme d'aide pour l'énergie domestique	8
MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL.....	8
Carte d'assistance médicale	9
Autres régimes.....	13
Programme d'aide sociale	15
Prestations spéciales.....	16
Urgence	17
Supplément de chauffage.....	19
Supplément de chauffage en cas d'urgence.....	20
Programme d'améliorations éconergétiques pour les ménages à faible revenu.....	21
COMMISSION D'APPEL SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU FAMILIAL	22
AGENCE DES SERVICES INTERNES DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	24
Programme d'aide relatif à la sclérose en plaques	24

ASSISTANCE FÉDÉRALE

AGENCE DU REVENUE DU CANADA

Déductions et crédits

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

Demandes de renseignements sur l'impôt des particuliers et des fiducies (800) 959-7383

Renseignements d'impôt pour les particuliers et les fiducies, tels que les déclarations de revenus, les acomptes provisionnels, les REER, et la Prestation fiscale pour le revenu de travail. (Appels du Canada et des États-Unis)

Si vous êtes une personne handicapée ou qui subviennent au besoin de celle-ci, vous pourriez peut-être réclamer les déductions et les crédits d'impôt suivants dans votre déclaration de revenus et de prestations :

Ligne 214 - Frais de garde d'enfants

Ligne 215 - Déduction pour produits et services de soutien aux personnes handicapées

Ligne 232 - Autres déductions

Ligne 303 - Montant pour époux ou conjoint de fait

Ligne 305 - Montant pour une personne à charge admissible

Ligne 306 - Montant pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus et ayant une déficience

Ligne 315 - Montant pour aidants naturels

Ligne 316 - Montant pour personnes handicapées (pour vous-même)

Ligne 318 - Montant pour personnes handicapées transféré d'une personne à charge

Ligne 323 - Vos frais de scolarité, montant relatif aux études et montant pour manuels

Ligne 324 - Frais de scolarité, montant relatif aux études et montant pour manuels transférés d'un enfant

Ligne 326 - Montants transférés de votre époux ou conjoint de fait

Ligne 330 - Frais médicaux pour vous-même, votre époux ou conjoint de fait et vos enfants à charge nés en 1995 ou après



Ligne 331 - Montant admissible des frais médicaux pour d'autres personnes à charge

Ligne 365 - Montant pour la condition physique des enfants

Ligne 367 - Montant pour enfants nés en 1995 ou après

Ligne 369 - Montant pour l'achat d'une habitation

Ligne 370 - Montant pour les activités artistiques des enfants

Ligne 452 - Supplément remboursable pour frais médicaux

Ligne 453 - Prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT)

Régime enregistré d'épargne-invalidité

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

Téléphone: (800) 267-6999

ATS: (800) 665-0354

Un régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) est un régime d'épargne visant à aider les parents et d'autres personnes à accumuler de l'épargne et à assurer ainsi la sécurité financière à long terme d'une personne qui a droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées (montant pour personnes handicapées).

Les cotisations à un REEI ne sont pas déductibles d'impôt et peuvent être faites jusqu'à la fin de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 59 ans. Les cotisations retirées ne sont pas incluses dans le revenu du bénéficiaire lorsqu'elles sont payées à partir d'un REEI. Cependant, la Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité, le Bon canadien pour l'épargne-invalidité et les revenus de placements accumulés dans le cadre du régime sont inclus dans le revenu du bénéficiaire aux fins d'impôt lorsqu'ils sont payés à partir du REEI.

Un REEI peut recevoir au cours d'une année, jusqu'à un maximum de 3 500 \$. La limite à vie de la subvention est de 70 000 \$. Une subvention peut être versée dans un REEI à l'égard d'une cotisation faite dans le REEI du bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de l'année où le bénéficiaire atteint l'âge de 49 ans.

Pour ouvrir un REEI, une personne admissible en tant que titulaire du régime doit communiquer avec une institution financière participante qui offre des REEI. Ces institutions financières sont reconnues comme étant l'émetteur.



Si un bénéficiaire est majeur et est légalement en mesure de conclure un contrat, un REEI peut être ouvert pour ce bénéficiaire par le bénéficiaire lui-même ou par la personne qui est le parent légal du bénéficiaire et qui est le titulaire d'un régime préexistant pour ce dernier.

Une autre personne qualifiée pourra ouvrir un REEI pour cette personne et deviendra titulaire. Les personnes qualifiées sont les suivantes :

- un tuteur, un curateur ou une autre personne qui est légalement autorisé à agir au nom du bénéficiaire;
- un ministère, un organisme ou un établissement public qui est légalement autorisé à agir au nom du bénéficiaire.

Il n'y a aucune limite annuelle quant aux montants pouvant être cotisés au REEI d'un bénéficiaire dans une année donnée. Cependant, la limite à vie globale pour un bénéficiaire est de 200 000 \$. Les cotisations sont permises jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire atteint l'âge de 59 ans.

EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada

Site Web: www.rhdcc.gc.ca/fra/invalidite/prestations/index.shtml

Service Canada
CP 250 Succursale A
Fredericton NB E3B 4Z6

Téléphone: (800) 277-9915
ATS: (800) 255-4786

Les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada sont un paiement mensuel destiné aux personnes qui ont cotisé au Régime de pensions du Canada et qui ne peuvent plus occuper régulièrement un emploi, quel qu'il soit, en raison d'une invalidité.

Ces prestations ne sont pas destinées à payer pour des articles comme des médicaments ou des aides fonctionnelles.



Pour être admissible à des prestations d'invalidité, vous devez :

- avoir une invalidité grave et prolongée
- avoir moins de 65 ans
- répondre aux exigences relatives aux cotisations au Régime de pensions du Canada

Pour que vous soyez admissible à des prestations dans le cadre du Régime de pensions du Canada (RPC), votre invalidité doit être à la fois « grave » et « prolongée » et doit régulièrement vous empêcher d'occuper un emploi.

- Par grave, on entend une invalidité mentale ou physique qui vous empêche d'occuper tout type d'emploi véritablement rémunérateur de façon régulière.
- par prolongée, on entend une invalidité à long terme et dont la durée est indéterminée ou qui doit vraisemblablement entraîner le décès.

Les deux critères doivent être respectés au moment de présenter la demande. Au Canada, il n'existe aucune définition commune du terme « invalidité ». Votre admissibilité à des prestations d'invalidité de programmes d'autres gouvernements ou d'assureurs privés ne vous garantit pas l'admissibilité aux prestations du RPC.

Vous devez aussi avoir cotisé au Régime de pensions du Canada pendant l'une ou l'autre des périodes suivantes :

- quatre des six dernières années
- trois des six dernières années, si vous avez cotisé pendant au moins 25 ans

Vous devriez présenter une demande dès que vous vous savez atteint d'une maladie grave et prolongée ou d'une maladie risquant de causer votre décès et qui vous empêche d'occuper régulièrement un emploi.



Ne tardez pas à envoyer vos formulaires remplis, car la date à laquelle nous recevons votre demande a un effet sur la date de début de vos paiements.

Si vous avez de 60 à 64 ans et que vous pensez être admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, vous devriez aussi demander une pension de retraite du Régime de pensions du Canada. Vous ne pouvez pas recevoir les deux en même temps, mais vous pourriez être admissible à une pension de retraite pendant que vous attendez le résultat de votre demande de prestations d'invalidité, dont le traitement est habituellement plus long.

Si vous recevez déjà une pension de retraite du Régime de pensions du Canada au moment où votre demande de prestations d'invalidité est approuvée, elle sera transformée en prestations d'invalidité si :

- vous avez moins de 65 ans
- vous étiez considéré comme invalide, selon la définition de la loi sur le Régime de pensions du Canada, avant la date de votre retraite
- vous avez reçu votre pension de retraite pendant moins de 15 mois à partir du moment où vous avez fait votre demande de prestations d'invalidité
- vous satisfaites aux exigences minimales en matière de cotisations

Vous devez faire une demande par écrit. Imprimez le formulaire principal de demande (ISP 1151), les formulaires de consentement de même que tout autre formulaire pertinent de la trousse de demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, ou vous pouvez demander une trousse de Service Canada, puis remplissez-les et retournez-les à l'adresse susmentionnée.

Avant de faire une demande, vous devez tenir compte des critères médicaux suivants :

- Pour vous aider à remplir les formulaires, lisez les renseignements généraux et le guide, qui font partie de la trousse de demande. Le guide présente les étapes à suivre pour remplir votre demande ainsi que les changements qui



- pourraient avoir un effet sur vos prestations, une liste de renseignements médicaux et d'autres renseignements utiles à propos des prestations d'invalidité.
- Si vous êtes un parent ou un tuteur, vous pouvez demander que la clause pour élever des enfants soit appliquée (le formulaire se trouve dans la trousse de demande) et demander des prestations d'enfant (dans une section du formulaire principal).
 - Si vous n'êtes pas en mesure de remplir les formulaires, un membre de votre famille ou un ami peut vous aider, mais vous devez signer aux endroits appropriés.

Service Canada paiera une certaine somme au médecin qui doit remplir le rapport médical. Votre médecin doit nous envoyer une facture pour obtenir le paiement. Si votre médecin vous demande plus que le montant que nous remboursons, vous devez payer tous les frais supplémentaires.

Il faut compter environ quatre mois avant qu'une décision soit prise, à partir de la date à laquelle nous recevons votre demande et tous les documents nécessaires.

Un membre du personnel de Service Canada vous appellera pour vous expliquer comment votre demande sera traitée et le type de renseignements dont nous avons besoin de même que pour répondre à vos questions, si vous en avez.

Durant le traitement de votre demande, un membre du personnel de Service Canada vous appellera. Nos évaluateurs médicaux pourraient vous demander de fournir d'autres renseignements ou de consulter un autre médecin qui évaluera votre état de santé. Lorsque nous demandons d'autres renseignements, nous avons peu de contrôle sur le délai de réponse.



ASSISTANCE PROVINCIAL

MINISTÈRES DES FINANCES

Site Web : www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances.html

Place Chancery
675, rue King
Fredericton NB E3B 1E9

Téléphone : (506) 453-2451
Télécopieur : (506) 457-4989
Courriel : wwwfin@gnb.ca

Personnes âgées - Prestation pour personnes âgées à faible revenu

Pour aider les personnes âgées à faible revenu au Nouveau-Brunswick, le gouvernement offre une prestation annuelle aux personnes admissibles.

Pour être admissible à la prestation annuelle de 400 \$, vous devez être résident du Nouveau-Brunswick au 31 décembre de l'année précédente et vous devez avoir reçu une prestation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse (Canada), notamment:

- le Supplément de revenu garanti du fédéral (SRG) (doit être âgée de 65 ans ou plus) ou
- l'Allocation au survivant du fédéral (doit être entre l'âge de 60-64 ans) ou
- l'Allocation du fédéral (doit être entre l'âge de 60-64 ans).

Important : Les personnes âgées de moins de 60 ans qui reçoivent une prestation du fédéral ne sont pas admissibles à cette prestation.

Les personnes qui ne reçoivent pas le SRG ni les autres prestations fédérales et qui désirent de plus amples renseignements sont priées de prendre contact avec le ministère fédéral Ressources humaines et Développement Social Canada au numéro suivant : 1 800 277-9915 pour le service en français ou 1 800 277-9914 pour le service en anglais.

La date finale pour présenter la demande était le 30 novembre 2013.

Lorsque les deux conjoints reçoivent le SRG et vivent dans le même ménage, une seule prestation de 400 \$ est accordée. Par contre, si



les conjoints vivent séparément (par exemple, si l'un d'eux est dans un foyer de soins), les deux sont admissibles à la prestation.

Programme d'aide pour l'énergie domestique

Pour aider les familles à faible revenu à faire face aux coûts élevés de l'énergie domestique, le gouvernement provincial s'est engagé à prolonger le Programme d'aide pour l'énergie domestique sur une période de cinq ans.

Pour l'année 2013, le programme consiste en une prestation de 100 \$ pour les familles ayant un revenu de 28 000 \$ et moins en 2011.

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 2011;
- Être résident(e) du Nouveau-Brunswick le 31 décembre 2011 et avoir fait une déclaration de revenus du Nouveau-Brunswick pour 2011.

Les formulaires de demande seront aussi disponibles dans les centres de Services Nouveau-Brunswick à partir le 3 janvier 2013, sur leur site Web au www.snb.ca ou au site Web du ministère au www.gnb.ca/finances. La date finale pour présenter la demande est le 30 juin 2013.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Site Web :

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

Acadian Peninsula (Région 8)
3514 rue Principale
Tracadie-Sheila

Téléphone: (866) 441-4149

Chaleur (Région 6)
275 rue Main
Bathurst

Téléphone: (866) 441-4341



Edmundston (Région 4) Téléphone: (866) 441-4249
121 rue de l'Église
Edmundston

Fredericton (Région 3) Téléphone: (866) 444-8838
460 Two Nations Crossing
Fredericton

Miramichi (Région 7) Téléphone: (866) 441-4246
152 rue Pleasant
Miramichi

Moncton (Région 1) Téléphone: (866) 426-5191
770 rue Main
Moncton

Restigouche (Région 5) Téléphone: (866) 441-4245
157 rue Water
Campbellton

Saint John (Région 2) Téléphone: (866) 441-4340
1 Agar Place
Saint John

Carte d'assistance médicale

De nombreuses institutions financières exigent la carte d'assistance médicale de DS comme pièce d'identité. La composante « médicaments » est administrée par le Plan de médicaments sur ordonnance du N.-B., tandis que la composante « services d'ambulance » relève du ministère de la Santé.

La couverture de certaines prestations de la carte d'assistance médicale est administrée par le Programme de services d'assistance médicale du bureau central de DS. Ces programmes comprennent :

- Sérum antiallergique
- Programme de convalescence et de réadaptation
- Soins dentaires
- Soins dentaires supplémentaires
- Prothèses auditives



- Suralimentation
- Équipement et services orthopédiques
- Fournitures pour stomisés ou incontinents
- Programme d'oxygénothérapie et d'assistance respiratoire
- Frais encourus à l'extérieur de la province en cas d'urgence médicale (seulement le solde du coût des services médicaux/hospitaliers qui ne sont pas couverts complètement par le régime d'assurance-maladie)
- Programme prothétique
- Soins de la vue
- Programme de fauteuils roulants et d'aides au positionnement

Tous les programmes doivent respecter les lignes directrices relatives aux prestations et des critères d'admissibilité précis.

Protection - exceptions

Tous les clients actifs sont admissibles à une carte d'assistance médicale s'ils ne sont pas protégés par un autre régime. Pour les exceptions suivantes, une carte d'assistance médicale sera émise aux fins d'identification seulement (pas de protection) ou, après avoir obtenu des précisions au sujet du régime, une protection partielle sera accordée:

- au client ou aux personnes à charge qui, selon les modalités de séparation ou de divorce, pourraient bénéficier d'une protection en vertu du régime de leur partenaire ou parent;
- aux Indiens de plein droit (Autochtones);
- aux étudiants du postsecondaire ayant souscrit à un régime obligatoire d'assurance-maladie.

Il faut obtenir des précisions au sujet de la protection des personnes à charge du client, puisque dans les cas des Autochtones ou des étudiants, les personnes à charge peuvent avoir droit à une protection, moyennant le règlement de certains coûts.

Couverture - partielle ou complète

Les requérants ou les personnes à charge âgées d'au moins 19 ans sont seulement admissibles aux programmes de médicaments et de services ambulanciers pendant les trois premiers mois d'assistance



sociale. Font exception les clients ou les personnes à charge qui satisfont aux critères suivants :

- résidents en établissements provinciaux;
- personnes certifiées aveugles, sourdes ou comme ayant un handicap;
- femmes enceintes;
- patients ayant reçu leur congé d'un établissement psychiatrique;
- pupilles de l'État au moment où la tutelle expire;
- anciens clients (avec protection complète) ayant annulé depuis moins de 30 jours;
- anciens clients (avec couverture complète) ayant annulé au cours des six derniers mois pour raisons d'emploi;
- personnes atteintes des maladies suivantes :
 - diabète,
 - cancer,
 - maladie pulmonaire,
 - troubles cardiaques,
 - VIH positif/sida.

Le système déterminera la protection de la carte d'assistance médicale et les dates, à partir de l'information versée dans le dossier au moment de l'inscription. Il rajustera la protection en conséquence pour les adultes et ces derniers recevront la protection complète après 3 mois. De plus, il prolongera automatiquement la carte d'assistance médicale tous les six mois si le cas est toujours actif.

Carte d'assistance médicale seulement

On doit évaluer les demandes de carte d'assistance médicale présentées par les requérants non admissibles à l'aide de base, en vertu du paragraphe 4(4). Les cartes ainsi émises seront approuvées pour une période de 12 mois, à moins que les circonstances n'exigent une période plus courte. Même s'il faut déterminer l'admissibilité du ménage entier, la protection de la carte doit s'appliquer seulement aux membres qui en ont besoin.

Les requérants qui ont des besoins à long terme, Besoins désigné ou qui sont certifiés aveugles, sourds ou comme ayant un handicap, et qui ne vivent pas avec un conjoint de droit ou de fait ou avec un



enfant, sont considérés comme une unité distincte quand ils demandent une carte d'assistance médicale seulement.

Tous les clients qui ont reçu un diagnostic de diabète et qui sont insulino-dépendants bénéficieront de la couverture pour leur insuline et leurs fournitures pour diabétiques. Les pompes à insuline ainsi que leurs fournitures ne sont pas couvertes pour les adultes. Il pourrait avoir de la couverture pour les enfants de moins de 19 ans à travers du programme de pompes à insuline à usage pédiatrique (PIIP) du Ministère de la Santé.

Tous les clients qui ont reçu un diagnostic de diabète et qui ne sont pas insulino-dépendants mais reçoivent un traitement pour la diabète par diète seulement ou par médicaments bénéficieront d'un nombre limité de bandelettes and fournitures tels que les lancettes, l'alcool et les tampons.

Un formulaire rempli par un médecin, ou infirmière praticienne, et/ou un professionnel certifié en diabète déterminera la quantité de bandelettes que les clients ont besoins.

Les aînés de 65 ans ou plus qui sont admissible à la couverture sous le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick peuvent recevoir leur insuline à travers de ce programme.

Les aînés de 65 ans ou plus peuvent acheter des prestations de santé prolongées du programme de santé de la Croix Bleue Medavie pour les aînés. Les fournitures diabétiques sont l'une des prestations couvertes par ce programme. Si un aîné n'applique pas pour cette couverture en dedans de 60 jours de leur 65ième anniversaire, l'annulation d'un autre plan ou de leur date d'admissibilité pour l'assurance maladie du NB (dans le cas de nouveau citoyen), il devra faire face à une période d'attente d'un an pour certaines prestations ce qui inclus les fournitures diabétiques.

Les requérants, ce qui inclus les aînés qui sont couverts sous un autre plan de médicament, peuvent se retrouver désavantagés financièrement dépendamment de leurs frais de participation et/ou les restrictions de prestations sous leurs plan. Selon le montant de tel désavantage, on peut envisager d'aider ces requérants avec leurs



coûts supplémentaires ou en leurs fournissant une carte d'assistance médicale de DS.

Les familles qui demandent des services dentaires ou optiques pour les enfants de 0-18 ans devraient d'abord être référées au régime De beaux sourires et une bonne vision administré par Croix Bleue Medavie. S'ils ont été trouvés inéligibles à ce plan, ils peuvent alors être évalués en vertu de l'article 4 (4) pour les soins dentaires et optiques.

Autres régimes

En raison des frais de participation exigés, les clients qui sont protégés par d'autres régimes peuvent se trouver désavantagés sur le plan financier. D'après le montant qui correspond à la différence entre ce régime et la carte d'assistance médicale, on peut envisager de régler les frais additionnels pour ces clients ou de leur émettre une carte d'assistance médicale de DS.

Ordonnances non admissibles en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance - Autorisation spéciale/Articles en vente libre

Les clients peuvent demander à leur médecin d'obtenir l'autorisation du Plan de médicaments sur ordonnance pour que les médicaments soient admissibles. Le Plan enverra un document au bureau de district de DS - les factures peuvent être réglées au besoin à titre de prestations spéciales prolongées, puisque la carte d'assistance médicale ne s'applique pas aux médicaments en vente libre.

Partage d'une personne à charge

Lorsqu'une personne à charge est partagée entre deux cas distincts, NBCas produira seulement une carte d'assistance médicale. L'information sur la carte sera rattachée au cas le plus récent (ou au second) entré dans le système.

Options de développement de la carrière - Carte d'assistance médicale prolongée

Puisque la perte de la carte d'assistance médicale représente un obstacle important pour les clients qui veulent passer de l'aide sociale à la formation ou à l'emploi, une carte d'assistance médicale peut-être émise afin de faciliter la transition. Pour les clients qui passent de l'aide sociale à un emploi, la carte d'assistance médicale devrait être prolongée automatiquement lorsqu'il s'agit d'un emploi à



long terme ou permanent ou si le client n'a pas de protection sous un autre régime. On peut émettre une carte d'assistance médicale pour une période de 12 mois renouvelable jusqu'à un maximum de 36 mois. La révision de la carte d'assistance médicale prolongée doit se faire à chaque année.

Soins dentaires supplémentaires

La protection supplémentaire porte sur une gamme de soins dentaires et est émise aux clients de l'ODC qui participent à des programmes en vue d'atteindre l'autosuffisance. La mention « S » est apposée dans la section des soins dentaires sur la carte d'assistance médicale de ceux qui en bénéficient. Les clients n'ont qu'à présenter la carte du dentiste. Le dentiste facture directement les Services d'assistance médicale de DS pour les services rendus.

Prestations

- Le client doit verser des frais de participation de 30 % au dentiste ou au denturologue.
- Un montant maximum de 1 000 \$ est fixé. Sont exclus de ce montant les soins en cas d'urgence et les prothèses dentaires déjà visées par la protection régulière relative aux soins dentaires.
- La protection ne dépassera pas 12 mois.

Admissibilité

- Le gestionnaire de cas détermine l'admissibilité de chaque cas.
- Le client doit participer activement au programme ODC.
- Le gestionnaire de cas doit démontrer dans le plan d'intervention que des soins dentaires additionnels sont nécessaires pour favoriser l'autosuffisance du client, lui permettant d'accéder à une formation ou à un emploi.
- Le client doit pouvoir régler les droits de participation lui-même.
- L'âge du client doit avoir entre 30 et 63 ans inclusivement.

Seuls les services rendus pendant la période d'admissibilité indiquée sur la carte seront réglés.

4(2)b) Clients

Les clients qui reçoivent des prestations selon l'alinéa 4(2)b) sont admissibles au même niveau de protection pour la carte d'assistance médicale que les clients de soutien de base.



Programme d'aide sociale

L'aide sociale est versée aux personnes qui n'ont pas d'autres revenus pour répondre à leurs besoins fondamentaux, tels que de la nourriture, des vêtements et du logement. Selon la Loi sur la sécurité du revenu familial, l'aide sociale est attribuée seulement comme un dernier recours, ce qui signifie que tout autre revenu doit être considéré pour déterminer le montant accordé.

L'admissibilité à l'aide sociale est déterminée à partir de toutes les sources de revenu de chacun des membres du ménage. Si le revenu total du ménage est inférieur au taux applicable, le ménage est admissible à l'aide sociale. Le montant de l'aide dépend du revenu du ménage. Le taux appliqué est basé sur le nombre de personnes composant le ménage et sur leur employabilité. Par exemple, le taux mensuel pour une mère seule avec un enfant est fixé à 809 \$. Si la mère n'a aucun revenu, elle reçoit le montant total de 809 \$. Si son revenu mensuel s'élève à 300 \$, elle reçoit 509 \$.

L'évaluation d'une personne ou d'un ménage permet simplement de déterminer si l'aide sociale est nécessaire d'après le revenu de tous les membres du ménage. Il n'y a aucune discrimination fondée sur le sexe, l'état matrimonial ou l'orientation sexuelle. Il n'est pas nécessaire non plus de poser des questions sur les rapports entre les membres du ménage. Toutefois, les personnes handicapées, les parents seuls, les pensionnaires et certaines personnes vivant avec leurs parents font exception à cette politique.

Le montant des prestations fiscales pour enfants, que les familles reçoivent, n'est pas déduit des prestations d'aide sociale. Toutefois, les paiements de pension alimentaire pour enfants le sont. Cette politique confirme que les parents ont la responsabilité première de soutenir financièrement leurs enfants. Les parents qui n'ont pas la garde doivent soutenir leurs enfants s'ils le peuvent. Les contribuables ne devraient pas devoir assumer cette responsabilité financière. Les paiements de pension alimentaire sont déduits intégralement des chèques d'aide sociale. Les clients sont encouragés à travailler avec le personnel du Ministère pour inscrire tous les paiements de pension alimentaire auprès du tribunal et de les établir à l'ordre du Ministre. Dans ces situations, les clients continueront de recevoir leur chèque d'aide sociale en entier, ce qui



leur permettra de ne pas éprouver de difficultés financières si le parent n'ayant pas la garde ne verse pas la pension mensuelle.

Une personne ou un ménage, qui bénéficie de l'aide sociale, peut aussi recevoir d'autres prestations. Tous les clients de l'aide sociale reçoivent une carte d'assistance médicale pour payer les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et de la vue, et d'autres frais médicaux. Certains clients peuvent aussi recevoir de l'aide pour payer l'huile de chauffage. Certains clients ayant un handicap touchent un supplément d'invalidité mensuel de 91.67 \$

Prestations spéciales

Les prestations spéciales désignent les prestations qui viennent s'ajouter aux prestations d'aide financière de base. Pour les cas ouverts, on peut émettre les prestations spéciales :

- sous la forme de prestations uniques ou
- de façon continue en sus du chèque d'aide mensuel. Il s'agirait de prestations qui sont émises pour satisfaire à des besoins prédéfinis des clients qui porteront sur une période d'au moins deux mois de suite, établies à des taux mensuels fixes. Les prestations continues peuvent s'échelonner sur une période de 12 mois inclusivement.

Les gestionnaires de cas détermineront le mode de paiement des prestations en indiquant si elles sont ajoutées au chèque mensuel. Si c'est le cas, elles seront ajoutées au prochain chèque d'aide mensuel émis au client. On doit traiter à part tout paiement de prestations dont le client a besoin avant cette date. Les paiements doivent être faits au client et non pas aux fournisseurs, dans la mesure du possible.

Les prestations spéciales sont accordées lorsqu'un besoin est défini et que les critères pertinents sont satisfaits.

On doit évaluer toutes les demandes de prestations spéciales pour déterminer :

- si les services ou articles demandés visent à répondre à des besoins de première nécessité en cas d'urgence qui, autrement, causeraient de sérieuses difficultés;
- si le ou les clients peuvent obtenir les services ou les articles demandés par d'autres moyens.



On ne peut pas porter en appel des décisions rendues au sujet des prestations spéciales en cas d'urgence, y compris :

- le logement;
- les réparations, le matériel et les fournitures ayant trait au logement; (cela comprend les meubles, les appareils ménagers, l'huile de chauffage en cas d'urgence, le câblage, les ustensiles et le linge de maison);
- les besoins de première nécessité;
- l'impôt foncier pour l'année en cours;

Urgence

Une situation d'urgence désigne :

- Une situation où l'absence de la prestation peut faire
 - qu'un client se retrouve sans nourriture, sans logement ni chaleur;
 - que des services/fournitures médicales, dont le client a besoin en deux jours, soient refusés
- Tout événement, situation ou jeu de circonstances inévitables et imprévus qui sont présents et qui demandent une intervention immédiate, c'est-à-dire une intervention en situation d'urgence.

Les gestionnaires ont le pouvoir d'approuver des prestations spéciales pour des clients n'appartenant pas aux groupes prioritaires lorsqu'ils sont d'avis qu'un refus placerait le client dans une situation d'urgence critique.

On ne peut pas rejeter les demandes qui satisfont aux lignes directrices du Ministère si on détermine :

- que les prestations demandées sont essentielles,
- que c'est une situation d'urgence critique,
- que le client n'a pas les moyens de les obtenir, qu'il n'a pas l'aide d'autres membres de la famille ou d'autres ressources.

On doit seulement accorder ces prestations spéciales:

- aux victimes de sinistres non déclarés n'ayant pas d'assurance ni d'autres ressources, ou
- aux personnes qui quittent une situation abusive.
- Les clients des groupes prioritaires peuvent recevoir ces prestations si on détermine que des difficultés existent.



Les prestations émises pour l'établissement du domicile comprennent les coûts des articles suivants : literie, serviettes, vaisselle, batterie de cuisine et coutellerie, réfrigérateur, cuisinière, laveuse, table de cuisine et chaises, lits et couchettes. Le montant total des articles couverts pour établir domicile ne doit pas excéder 2 000 \$. Dans le cas des prestations émises pour établir domicile, on applique la procédure Établissement d'une domicile, sauf si seulement une prestation est émise, laquelle est indiquée séparément (c'est-à-dire, couchette).

Groupes prioritaires

Les clients suivants sont considérés comme appartenant aux groupes prioritaires au chapitre des demandes de prestations spéciales :

- Aveugles, sourds ou personnes ayant un handicap :
 - Les clients qui sont certifiés par la Commission consultative médicale ou qui bénéficient d'une allocation fédérale aux invalides.
- Projet de désinstitutionnalisation :
 - Les clients identifiés dans le cadre du projet.
- Victimes de sinistre :
 - Les clients identifiés dans la politique concernant les sinistres.
- Familles ayant des personnes à charge âgées de moins de 19 ans et ayant des frais de logement élevés :
 - Cela comprend les ménages qui consacrent 40 % ou plus du revenu total du ménage (y compris le crédit d'impôt pour enfants, l'exemption de salaire, le supplément de revenu, etc.) aux frais de logement - les services publics et le chauffage non compris.
- Femmes et bébés des groupes prénatal et postnatal :
 - femmes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement et leurs bébés.
- Femmes en transition :
 - femmes qui quittent une situation abusive.
- Jeunes à risque :
 - jeunes âgés de 16 à 18 ans qui résident hors du foyer parental et qui fréquentent l'école.



Supplément de chauffage

Le supplément de chauffage vise à fournir une aide aux foyers admissibles pour qu'ils puissent couvrir les coûts associés au chauffage d'hiver. Le supplément ordinaire de chauffage est disponible chaque année, de novembre à avril, aux prestataires de l'aide sociale qui répondent aux critères d'admissibilité.

Le supplément de chauffage permet d'aider à couvrir certains des coûts associés au chauffage d'hiver, en sus de ce qui est compris dans le taux d'aide de base.

L'admissibilité est déterminée au cas par cas. Plusieurs clients reçoivent déjà une aide spéciale quelconque associée aux coûts du chauffage, soit du ministère du Développement social ou d'autres sources.

Les clients qui ne sont pas considérés comme admissibles sont ceux qui :

- ont un logement qui leur coûte moins de 100 \$ par mois;
- reçoivent un supplément de revenu de 100 \$ par mois durant la saison de chauffage;
- bénéficient d'un logement subventionné où le chauffage est pris en compte dans les coûts mensuels;
- vivent avec leurs parents, vivent en pension, paient le loyer d'un lot seulement, ou vivent dans une chambre avec « entretien seulement ».

Types de suppléments de chauffage

Prestataires de l'aide sociale:

- Le supplément pour le chauffage électrique est fourni aux foyers admissibles qui chauffent à l'électricité (complètement ou en partie). Il s'élève à 150 \$ par mois et est disponible de novembre à avril.
- Le supplément pour le chauffage non électrique de 145 \$ par mois est disponible aux foyers admissibles de novembre à avril.
- Le supplément de chauffage en quantité déterminée de 870 \$ pour l'achat de bois ou d'huile à chauffage est disponible de novembre à avril. Cette prestation peut être versée par mois, soit 145 \$ par mois, ou en un paiement unique.



Prestataires de l'aide sociale et non-prestataires :

- Le supplément de chauffage en cas d'urgence peut être offert au cas par cas à toute personne qui éprouve des difficultés financières en raison des coûts élevés du chauffage en hiver. Les prestations peuvent s'élever à 550 \$ par année civile.

Supplément de chauffage en cas d'urgence

Le supplément de chauffage en cas d'urgence vise à aider les ménages admissibles à assumer les coûts du chauffage en hiver.

Tout ménage du Nouveau-Brunswick qui se trouve dans une situation d'urgence et qui ne peut pas payer le coût du chauffage de la maison est admissible au supplément. Le Ministère évaluera l'admissibilité au cas par cas.

Un supplément de chauffage en cas d'urgence jusqu'à concurrence de 550 \$ par année civile peut être offert aux ménages admissibles du Nouveau-Brunswick, qu'ils reçoivent de l'aide sociale ou non. Ce supplément est offert aux ménages admissibles, peu importe la source de chauffage.

Voici des exemples de situations d'urgence :

- Vous recevez une facture de chauffage élevée en raison du temps froid, ce qui signifie que vous ne pouvez pas payer votre loyer ou votre hypothèque.
- Vous devez choisir entre nourrir votre famille et payer votre facture de chauffage en hiver.
- Vous devez payer des frais médicaux élevés en raison d'une maladie imprévue, ce qui ne vous permet pas de payer votre facture de chauffage.

Afin de déterminer le besoin pour le supplément de chauffage en cas d'urgence, le Ministère évaluera toutes les dépenses du ménage, mais retirera l'exigence que les éléments d'actif doivent être réduits afin que les ménages puissent être admissibles au supplément.

Grâce à l'exemption des éléments d'actif, les investissements (p. ex. : REER et CPG) et la valeur marchande de l'assurance vie, entre autres, ne seront pas pris en considération pour déterminer si le ménage est admissible au supplément de chauffage en cas d'urgence. Les fonds en caisse et les comptes bancaires seront



seulement pris en considération s'ils dépassent 2 000 \$. Cela permettra aux ménages de demander de l'aide, lors d'une situation d'urgence, sans avoir à sacrifier leurs économies pour l'avenir.

Tous les ménages du Nouveau-Brunswick qui se trouvent dans une situation d'urgence peuvent faire une demande pour le supplément de chauffage en cas d'urgence. L'admissibilité sera évaluée d'après le revenu et les dépenses du ménage pour déterminer si celui-ci est en situation déficitaire ou non. Un supplément jusqu'à concurrence de 550 \$ par année civile peut être offert, selon le déficit du ménage.

Programme d'améliorations éconergétiques pour les ménages à faible revenu

Le programme est offert par le ministère de Développement social (DS) en association avec Efficacité New Brunswick. Il offre de l'aide financière pour améliorer l'efficacité énergétique de logements occupés par des ménages à faible revenu.

Clients admissibles:

- Propriétaires ayant un revenu familial total égal ou inférieur au plafond de revenu fixé pour la région.
- Les sociétés sans but lucratif d'initiative privée et les coopératives qui possèdent des logements autonomes ou des chambres qui sont occupés par des locataires à faible ou à moyen revenu.

Immeubles admissibles :

- Tout immeuble résidentiel considéré comme la résidence principale des occupants.
- Les immeubles doivent satisfaire à des normes minimales de salubrité et de sécurité établies par DS.

Immeubles non admissibles:

- Établissements de soins résidentiels
- Résidences étudiantes
- Hôtels, motels et gîtes du passant
- Foyers de soins

Les travaux admissibles comprennent les mesures d'accroissement de l'efficacité énergétique entraînant les plus grandes possibilités d'économies sur le plan énergétique pour les occupants, telles que



déterminées par les conseillers en énergie. Les articles admissibles incluent les suivants sans toutefois s'y limiter :

- Systèmes de chauffage
- Systèmes de ventilation
- Isolation
- Portes et fenêtres
- Étanchéisation contre les fuites d'air

L'aide est offerte aux propriétaires sous forme de subvention non remboursable et de prêt remboursable. La subvention offerte aux propriétaires ne peut pas dépasser 4 500 \$. Les propriétaires peuvent obtenir de l'aide supplémentaire si l'immeuble ne répond pas aux normes minimales de salubrité et de sécurité (Programme fédéral-provincial de réparations).

Les groupes sans but lucratif d'initiative privée et les coopératives de logement ne sont admissibles qu'à la subvention non remboursable. Les groupes admissibles peuvent recevoir une aide financière jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par logement autonome et jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par chambre.

Le conseiller en énergie effectue une évaluation d'énergie initiale de l'habitation et remet une liste d'améliorations éconergétiques en ordre de priorité qui pourraient être apportées grâce à une assistance maximale en commençant par celles qui représenteraient les plus grandes économies pour les occupants en termes de coût de l'énergie.

Les propriétaires d'immeubles résidentiels locatifs doivent signer une lettre d'approbation qui indique qu'il n'y aura pas d'augmentation des loyers en raison des améliorations énergétiques. Lorsque les coûts énergétiques sont compris dans le loyer, les économies d'énergie seront transmises aux locataires.

COMMISSION D'APPEL SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU FAMILIAL

Le Ministère prend des centaines de décisions chaque jour. Si vous n'acceptez pas la décision qui a été rendue à votre sujet, vous pouvez en appeler.



Vous avez le droit d'interjeter appel dans les situations suivantes:

- le Ministère prend trop de temps pour rendre une décision au sujet de votre aide;
- votre demande d'aide a été refusée;
- une partie ou la totalité de votre aide a été interrompue;
- vous n'avez pas reçu un montant suffisant pour satisfaire vos besoins.

La Commission d'appel est un organisme indépendant auquel les clients peuvent recourir pour réviser les décisions du Ministère. La Commission est un tribunal indépendant quasi judiciaire, fondé sur l'administration des règles de justice naturelle. La Commission d'appel a été établie en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu familial et de ses règlements.

Les règlements prévoient que la commission doit être composée d'un président, d'un vice-président et, d'au moins 14 membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les membres de la Commission d'appel sont en général des citoyens ayant une bonne conduite et dont l'horaire quotidien est suffisamment flexible pour leur permettre de prendre part aux audiences, qui ont lieu de deux à trois fois par mois. Chaque membre de la Commission, y compris le président, est nommé pour un mandat d'une durée maximale de trois ans et peut être nommé à nouveau pour un mandat subséquent d'une durée maximale de trois ans.

La procédure d'appel comporte deux volets:

Demande de révision

- Demandez un Formulaire de demande de révision d'un employé du Ministère. Vous avez 30 journées de travail pour remplir le formulaire et l'envoyer à votre bureau local du Ministère.
- Un Réviseur de secteur de votre région, qui connaît la Loi sur la sécurité du revenu familial et ses règlements, révisera votre cas.
- Dans les 15 jours ouvrables suivant la réception de votre demande, le Réviseur de secteur rendra une décision et vous enverra une lettre pour vous en informer.



- Le Réviseur de secteur pourrait rendre une décision en votre faveur et renverser la décision du Ministère ou accepter la décision initiale et refuser votre demande. Il prend sa décision à partir des renseignements que vous avez fournis et des exigences de la Loi sur la sécurité du revenu familial et de ses règlements.

Demande d'appel

- Si vous n'êtes pas satisfait de la décision du Réviseur de secteur de votre région, vous pouvez demander à la Commission de tenir une audience pour revoir votre cas.
- La Commission d'appel est indépendante du Ministère. Ses membres sont des gens de la collectivité qui ne travaillent pas pour le Ministère. Ils sont là pour assurer aux requérants et aux clients une révision indépendante d'une décision du Ministère.
- Vous recevrez un Formulaire de demande d'appel si le Réviseur de secteur de votre région rejette votre demande. Vous avez 20 jours ouvrables pour le remplir et le faire parvenir à l'adresse indiquée sur le formulaire. La Commission vous enverra un avis vous indiquant la date, l'heure et le lieu où se tiendra votre audience.

AGENCE DES SERVICES INTERNES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Programme d'aide relatif à la
sclérose en plaques
a/s : Comptes payables
CP 6000
Fredericton NB E3B 5H1

Téléphone : (888) 487-5050
option 3
Télécopieur : (506) 444-3784
Courriel : NBISA-ASINB@gnb.ca

Programme d'aide relatif à la sclérose en plaques

Pour aider les Néo-Brunswickois atteints de la sclérose en plaques, le gouvernement offre une subvention unique d'un maximum de 2 500 \$ aux requérants admissibles pour qu'ils puissent accéder à des services non offerts au Nouveau-Brunswick. Le programme allouera une somme équivalente à celle recueillie par la collectivité et/ou par une personne jusqu'à un maximum de 2 500 \$.

Pour être admissible à cette subvention unique, le requérant doit :

- être un résident du Nouveau-Brunswick ayant la sclérose en plaques qui a reçu des services à l'extérieur de la province en



- date du ou après le 1er avril 2011 et qui ne sont pas couverts par un autre programme provincial;
- fournir une lettre d'un organisme ou d'une tierce partie qui précise le montant des fonds recueillis au nom de la personne ayant la sclérose en plaques;
 - fournir des documents ou une lettre du fournisseur de services qui précisent que la personne qui cherche à obtenir une aide financière dans le cadre du programme a reçu un diagnostic de sclérose en plaques et a reçu le service. La date du service doit aussi être précisée.

Vous devez imprimer le formulaire, puis faire parvenir votre demande remplie à l'adresse susmentionnée.

Vous pouvez également déposer votre demande dûment remplie au bureau de Services Nouveau-Brunswick le plus près de chez vous.

La personne dont la demande est approuvée doit compter de deux à trois semaines environ avant de recevoir la subvention.

