

**DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE  
L'INITIATIVE DE SUBVENTION DES VICTIMES DU SRAS**

**AVANT D'EXPÉDIER LA PRÉSENTE, VEUILLEZ PRENDRE QUELQUES MINUTES POUR EXAMINER VOTRE DEMANDE AFIN DE GARANTIR SON ADMISSIBILITÉ ET VOUS ASSURER D'AVOIR FOURNI TOUS LES RENSEIGNEMENTS REQUIS. LES RENSEIGNEMENTS MANQUANTS OU INEXACTS PEUVENT ENTRAÎNER UN RETARD OU LE REJET DE VOTRE DEMANDE RELATIVEMENT AU REVENU DE REMPLACEMENT MENTIONNÉ CI-DESSUS.**

- Mon lieu de travail est un établissement de santé reconnu.
- Je ne suis pas admissible à l'assurance-emploi.  
(Si vous avez accumulé plus de 600 heures d'emploi assurable au cours des 52 dernières semaines, vous devez présenter une demande de prestations d'assurance-emploi avant de présenter une demande dans le cadre de la présente Initiative. Par exemple, si vous avez reçu une lettre de l'AE indiquant que vous n'êtes pas admissible aux prestations d'AE, veuillez l'inclure.)
- Est-ce que j'ai rempli toutes les cases de la demande, pour ensuite la signer et y inscrire la date?
- Est-ce que j'ai signé l'Autorisation de dévoiler et de recueillir des renseignements, pour ensuite y inscrire la date et la joindre à l'envoi?
- Est-ce que j'ai fait remplir par mon employeur (ou par la personne-ressource dans le cas d'un travailleur indépendant) le formulaire « Demande de renseignements » pour l'inclure à l'envoi?
- Est-ce que je sais à quel endroit expédier le formulaire rempli de demande de subvention, l'Autorisation de dévoiler et de recueillir des renseignements et la Demande de renseignements?
- L'enveloppe postale est-elle suffisamment affranchie?

**DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE  
L'INITIATIVE DE SUBVENTION DES VICTIMES DU SRAS**

**OBJECTIF**

L'objectif de l'Initiative de subvention des victimes du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) consiste à offrir un revenu de remplacement aux travailleurs admissibles dont le lieu de travail est un établissement de santé reconnu et qui ne sont pas admissibles aux prestations d'assurance-emploi.

**PERSONNES ADMISSIBLES**

Les personnes, employées ou travaillant à leur compte :

- a) dont le lieu de travail est un établissement de santé reconnu (par ex., hôpitaux, cabinets de médecin, laboratoires médicaux, services d'urgence comme ceux que dispensent les paramédicaux). Cela comprend également les employés non médicaux qui travaillent dans un établissement de santé reconnu (par ex., le personnel de nettoyage, les travailleurs de la cafétéria);

et

- b) qui ont subi une perte de revenu pour l'une des raisons suivantes :

- 1. parce que leur employeur leur a interdit l'accès à leur lieu de travail habituel en raison de l'épidémie de SRAS;
- 2. parce qu'elles ont contracté le SRAS dans l'exercice de leur activité professionnelle;
- 3. parce qu'elles ont été placées en quarantaine ou se sont placées volontairement en isolement en raison d'une exposition possible au SRAS;

et

- c) qui ne sont pas admissibles aux prestations d'assurance-emploi.

**EXIGENCES RELATIVES À LA PRÉSENTE DEMANDE**

Les demandeurs doivent :

- a) prouver qu'ils ont subi une perte de revenu qui n'est pas couverte par un congé de maladie payé ou toute autre forme d'indemnité découlant de leur emploi, y compris l'assurance-emploi;
- b) dans le cas d'une personne qui était dans l'incapacité de travailler parce qu'elle avait contracté le SRAS, fournir un certificat médical ou un autre document signé par un médecin reconnu attestant qu'elle a contracté la maladie et indiquant la période à laquelle s'applique l'attestation;
- c) fournir un formulaire de demande rempli et signé et l'Autorisation de dévoiler et de recueillir des renseignements;
- d) fournir le formulaire Demande de renseignements établissant que le lieu de travail est un établissement de santé reconnu, le statut (temps plein ou temps partiel) de l'emploi, les dates et les raisons de l'incapacité de travailler.

**MONTANT DE LA SUBVENTION**

Les personnes admissibles peuvent toucher une indemnité pour compenser la perte de revenu qu'elles ont subie lorsqu'elles ont dû cesser de travailler parce qu'elles avaient contracté le SRAS ou parce qu'elles avaient été placées en quarantaine ou en isolation dans un établissement de santé reconnu, en raison du SRAS.

Le montant maximum payable par personne admissible sera de 6000 \$, et les paiements pourront être versés sur une période maximum de 15 semaines, comme suit :

- a) 400 \$ pour tout ou partie de la semaine pour un travailleur occupant un poste à temps plein;
- b) 200 \$ pour tout ou partie de la semaine pour un travailleur occupant un poste à temps partiel.

On entend par travailleur à temps plein une personne qui travaille le nombre d'heures, de jours ou de quarts que travaille normalement pendant une semaine civile un travailleur à temps plein occupant le même poste ou un poste comparable dans le même établissement ou dans un établissement semblable.

On entend par travailleur à temps partiel une personne qui ne travaille pas à temps plein suivant la description ci-dessus.

## DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE DE SUBVENTION DES VICTIMES DU SRAS

### MODALITÉS ET CALENDRIER DES PAIEMENTS

Les paiements aux personnes admissibles peuvent être versés toutes les deux semaines, tant que celles-ci y sont admissibles. Le paiement peut également être fait sous forme de versement forfaitaire unique.

Tout montant payable en vertu de la présente demande de subvention est assujéti au vote du crédit parlementaire pour l'exercice au cours duquel le paiement doit être versé et au maintien des niveaux d'affectation actuels et prévus pour l'Initiative de subvention des victimes du SRAS. Advenant le cas où le Conseil du Trésor du Canada annule le présent programme ou réduit le niveau de financement du programme, DRHC peut résilier son accord relatif au paiement de la subvention ou réduire le montant de son aide financière payable en vertu de cet accord.

### VEUILLEZ EXPÉDIER LES DOCUMENTS REMPLIS :

1. LA DEMANDE;
2. L'AUTORISATION DE DÉVOILER ET DE RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS; ET
3. LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

### À L'ADRESSE SUIVANTE :

Unité du ISV  
DRHC Bureau régional de l'Ontario  
4900, rue Yonge, bureau 200  
Toronto (Ontario) M2N 6A8

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN AGENT DE DRHC)			
N° DE DOSSIER	CODE D'OPTION	CR	CR BUDGET
<b>PARTIE 1 – Renseignements sur le demandeur</b>			
1. NOM	2. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE		
3. ADRESSE MUNICIPALE	4. ADRESSE POSTALE (SI AUTRE)		
5. VILLE/VILLAGE	6 CODE POSTAL		
7. PROVINCE/TERRITOIRE	8. CODE RÉGIONAL / N° DE TÉLÉPHONE	9. CODE RÉGIONAL / N° DE TÉLÉCOPIEUR	
10. ADRESSE ÉLECTRONIQUE			
11. ÊTES-VOUS UN TRAVAILLEUR INDÉPENDANT?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  SI OUI, NUMÉRO D'ENTREPRISE (pas le numéro de téléphone)	12. TRAVAILLEZ-VOUS NORMALEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ RECONNU (PAR EX., HÔPITAUX, CABINETS DE MÉDECIN, LABORATOIRES MÉDICAUX, SERVICES D'URGENCE COMME CEUX QUE DISPENSENT LES PARAMÉDICAUX)?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  SI OUI, PRÉCISER _____		
<b>PARTIE 2. QUESTIONNAIRE</b>			
14. VEUILLEZ INDIQUER LA SITUATION QUI S'APPLIQUE À VOTRE CAS :  <b>A) J'ai contracté le SRAS dans l'exercice de mon emploi dans un établissement de santé reconnu _____</b>  Date à laquelle vous avez reçu le diagnostic du SRAS : _____  Dates auxquelles vous vous êtes absenté du travail : _____  <b>B) J'étais incapable de travailler parce que mon employeur m'a interdit l'accès à mon lieu de travail habituel en raison de l'épidémie de SRAS _____</b>  Dates auxquelles vous vous êtes absenté du travail :	15. Votre lieu de travail offre-t-il une indemnité pour votre perte de revenu parce que vous avez été incapable de travailler après avoir contracté le SRAS dans l'exercice de votre emploi ou parce que vous avez peut-être été exposé au SRAS dans l'exercice de votre emploi dans un établissement de santé reconnu?  Oui _____ Non _____		

**DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE  
L'INITIATIVE DE SUBVENTION DES VICTIMES DU SRAS**

<p><b>C) J'étais incapable de travailler :</b></p> <p>Je me suis placé volontairement en isolement en raison d'une exposition possible au SRAS dans l'exercice de mon emploi dans un établissement de santé reconnu</p> <p><b>ou</b></p> <p>J'ai été placé en quarantaine en raison d'une exposition possible au SRAS dans l'exercice de mon emploi dans un établissement de santé reconnu, et la période de quarantaine a été</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- imposée par un agent de santé publique _____, ou</li> <li>- recommandée par un représentant de la santé publique en raison de la santé et de la sécurité en général de la population, et mon employeur, un médecin en titre, une infirmière ou autre personne autorisée m'a demandé de me placer en quarantaine _____</li> </ul> <p>Dates de la quarantaine ou de l'isolement : _____</p> <p>Dates auxquelles vous vous êtes absenté du travail : _____</p>	
---	--

**PARTIE 4 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI**

16. NOM DE L'EMPLOYEUR (ou dénomination commerciale dans le cas d'un travailleur indépendant)		17. NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE (si vous êtes travailleur indépendant, fournir le nom de la personne pouvant confirmer les renseignements fournis dans la présente demande)	
18. ADRESSE MUNICIPALE		19. LIEU DE TRAVAIL	
20. VILLE/VILLAGE	21. PROVINCE/TERRITOIRE	22. CODE POSTAL	
23. ADRESSE ÉLECTRONIQUE	24. CODE RÉGIONAL / N° DE TÉLÉPHONE	25. CODE RÉGIONAL / N° DE TÉLÉCOPIEUR	
26. NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE	27. STATUT :    TEMPS PLEIN    TEMPS PARTIEL <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/> </div>		
28. Genre d'entreprise			
<p>30. POUR LES DEMANDEURS TRAVAILLANT À LEUR COMPTE SEULEMENT. VEUILLEZ FOURNIR UNE ESTIMATION DU NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES AU COURS DES 52 DERNIÈRES SEMAINES (Si vous avez accumulé plus de 600 heures au cours des 52 dernières semaines, vous devez présenter une demande de prestations d'assurance-emploi avant de soumettre la présente demande de subvention.)</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 600 heures travaillées au cours des 52 dernières semaines (en moyenne, moins de 11 heures par semaine)</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de 600 heures travaillées, mais moins de 900 au cours des 52 dernières semaines (en moyenne, entre 11 et 17 heures par semaine)</p> <p><input type="checkbox"/> Plus de 900 heures travaillées au cours des 52 dernières semaines (en moyenne, plus de 17 heures par semaine)</p>			

**PARTIE 3 – DÉCLARATION**

JE DÉCLARE QUE :

JE NE SUIS PAS ADMISSIBLE AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI OU À DES INDEMNITÉS PROVENANT D'AUTRES SOURCES POUR LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE J'ÉTAIS INCAPABLE DE TRAVAILLER À CAUSE DU SRAS;

J'AI LU ET JE COMPRENDS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE TROUSSE DE DEMANDE;

LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS À DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA DANS LA PRÉSENTE DEMANDE, DE MÊME QUE LES DOCUMENTS À L'APPUI, SONT VRAIS, EXACTS ET COMPLETS À TOUS ÉGARDS;

SI LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS CI-DESSUS SONT FAUX OU TROMPEURS, JE POURRAIS ÊTRE CONTRAINT DE REMBOURSER UNE PARTIE OU LA TOTALITÉ DE L'AIDE FINANCIÈRE QUI POURRAIT ÊTRE APPROUVÉE PAR DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA.

**DEMANDE DE SUBVENTION DANS LE CADRE DE  
L'INITIATIVE DE SUBVENTION DES VICTIMES DU SRAS**

Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu de la *Loi sur le ministère du Développement des ressources humaines* dans le but d'offrir un revenu de remplacement sous forme d'indemnité aux travailleurs qui dispensent ou aident à dispenser des services de santé et qui ont contracté le SRAS ou qui ont été placés en quarantaine et ont ainsi subi une perte de revenu et ne sont pas admissibles à des prestations d'assurance-emploi. Vous n'êtes pas tenu de remplir ce formulaire; cependant, si vous ne fournissez pas les renseignements demandés, votre demande d'indemnité ne sera pas considérée. Les renseignements que vous fournissez peuvent également être utilisés à des fins d'analyse, de recherche et/ou d'évaluation en matière de politiques. Pour mener ces activités, diverses sources d'information placées sous la garde et le contrôle de DRHC peuvent être reliées.

Il est possible que les renseignements que vous avez fournis soient communiqués à l'employeur ou aux employeurs que vous avez mentionné(s) afin de déterminer si vous êtes admissible à une indemnité au titre de l'Initiative sur le SRAS.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

Vos renseignements personnels sont gérés en conformité avec la *Loi sur le ministère du Développement des ressources humaines* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous avez droit à la protection de vos renseignements personnels et vous avez également le droit de consulter ces renseignements. Les instructions sur la manière d'obtenir ces renseignements sont présentées dans une publication du gouvernement intitulée Info Source, dont vous pouvez vous procurer un exemplaire dans tous les Centres de ressources humaines. Info Source est également disponible à l'adresse suivante : <http://infosource.gc.ca>.

**PARTIE 4 – RECOMMANDATION** (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN AGENT DE DRHC)

LA PRÉSENTE DEMANDE D'INDEMNITÉ DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE D'INDEMNISATION DES VICTIMES DU SRAS EST

APPROUVÉE

REJETÉE

JUSTIFICATION DE LA RECOMMANDATION

PÉRIODE POUR LAQUELLE LA DEMANDE EST APPROUVÉE

SIGNATURE DE L'AGENT DE DRHC

DATE

**DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE** (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN AGENT DE DRHC)

- SI UN CLIENT A ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ AVEC LE SRAS, UN CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT LA MALADIE ET PRÉCISANT LA DATE PRÉVUE DE RETOUR AU TRAVAIL.
- UNE DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR, SUR PAPIER À EN-TÊTE DE L'ENTREPRISE, ATTESTANT
  - QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ RECONNU;
  - DES RAISONS DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER DU DEMANDEUR;
  - DES DATES DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER DU DEMANDEUR; ET
  - QUE LE DEMANDEUR A AVISÉ SON EMPLOYEUR DE SON ISOLEMENT VOLONTAIRE (LE CAS ÉCHÉANT).
- UNE COPIE DE « L'AUTORISATION DE DÉVOILER ET DE RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS ».