Pour remplir ce formulaire en ligne, il vous faut Acrobat Reader 7.0+ ou une version supérieure.

Veuillez écrire lisiblement à l'encre.

Canada Alberta

alberta works

Alberta Employment and Immigration recueille ces renseignements personnels afin d'établir et de vérifier votre admissibilité au soutien du revenu. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements conformément au *Grants, Donations and Loans Regulation* en vertu de la *Government Organization Act,* de la *Loi sur l'assurance-emploi,* de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels.* Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez appeler le centre d'appel de l'aide financière aux étudiants au 780-427-3722 à Edmonton ou au 1-800-222-6485 sans frais au Canada.

Prestations continues additionnelles

Assurance-emploi

Section 1 Renseignements sur le demandeur

Numéro d'assurance sociale

Nom de famille 01

Prénom 02

Section 2 Besoins continus additionnels

1. Régime alimentaire spécial — **Taux mensuel par personne**

Régime enrichi en calcium, enrichi en fibres, enrichi en protéines, sans lactose, à teneur réduite en cholestérol, à teneur réduite en sodium, à teneur enrichie ou réduite en potassium ou à teneur réduite en graisses ..... 20,00 $
Grossesse ..... 25,00 $
Bébé allaité au sein, jusqu'à douze mois ..... 30,00 $
Régime hypercalorique (plus de 2 500 calories) ..... 36,00 $
SIDA, VIH, hépatite C ..... 36,00 $
Cœur en santé ..... 40,00 $
Diabétique ..... 40,00 $
Sans lait ..... 50,00 $
Cœliaque, sans gluten ..... 80,00 $
Insuffisance rénale ..... 110,00 $

Régimes alimentaires pour enfant en bas âge

Lorsqu'un médecin, une infirmière de la santé publique ou un diététiste professionnel recommande un régime spécial pour un enfant en bas âge, la prestation fournie correspond à la différence entre le taux prévu pour l'alimentation d'un enfant et le coût de la formule ou du régime spécial. (Lorsque le coût permanent dépasse 200 $ par mois, le comité d'étude des prestations de santé doit approuver la demande.)

Autres régimes spéciaux

Les régimes spéciaux qui ne sont pas cités aux présentes doivent être approuvés par le directeur des objectifs stratégiques et des subventions.

Pièces justificatives :

Lettre d'un médecin ou d'un diététiste professionnel ou, pour un régime d'enfants en bas âge, lettre d'une infirmière de la santé publique, indiquant :

- les types de régime exigés
- la durée estimée de l'état de santé exigeant le régime
- en cas de régime diabétique, les calories nécessaires par jour
- pour la préparation d'un enfant en bas âge, le coût mensuel réel accompagné d'un reçu ou d'une estimation écrite.

Nom du membre de la famille devant suivre le régime	Régime

2. Supplément pour l'habitation :

Mes frais d'habitation dépassent les directives budgétaires et je vis :

☐ à Fort McMurray (supplément maximal : 500 $) → **Coût d'habitation total** $

☐ à Calgary ou à Grande Prairie (supplément maximal : 200 $) → **Coût d'habitation total** $

☐ autre (supplément maximal : 100 $) → **Coût d'habitation total** $

Pièces justificatives : copies de documents pertinents

- reçus des services publics (3 mois consécutifs)
- contrat de location
- convention hypothécaire
- relevés d'impôts fonciers
- police d'assurance-habitation
- relevé des frais de copropriété

Déclaration et signature requises (voir page 2). ☞ **Annexe 13**

Sauvegarder le formulaire | Remettre le formulaire à l'état initial | Imprimer le formulaire

3. Supplément pour les transports - REMARQUE : si le supplément maximal pour l'habitation a été octroyé, il ne reste plus de fonds pour les transports.

Taux pour les déplacements :
- 0,12 $/kilomètre pour un véhicule privé ou remboursement égal au coût réel du transport en autobus
- coût réel du transport en taxi si la personne ne peut pas utiliser les transports en commun et n'a pas accès à un véhicule privé.

a) Pour la formation :

☐ Je vis dans une autre collectivité que mon prestataire de formation

☐ L'emploi de mon conjoint ou partenaire lui impose de venir avec un véhicule

☐ Il m'est difficile d'organiser la garde de mes enfants avec les transports en commun

Veuillez préciser :

Je dois parcourir ____ km chaque jour pendant 22 jours par mois à raison de 0,12 $/km. **Total** $ ____

Pièce justificative pour la formation :
- lettre de l'employeur confirmant la nécessité du véhicule ou
- lettre de l'apprenant décrivant les modalités de la garde d'enfants et les raisons pour lesquelles il a besoin de se déplacer pour cela ou
- lettre de l'apprenant décrivant la distance entre son domicile et le prestataire de formation et la raison pour laquelle il est plus rentable de rester dans la communauté.

b) Pour un traitement médical continu

Nom du membre de la famille ayant besoin d'un transport pour raisons médicales : ____

Période durant laquelle la prestation est requise :

Date de début (jour / mois / année) **à** **Date de fin** (jour / mois / année)

Je dois parcourir ____ km par jour mon traitement médical, ____ jours par mois à 0,12 $/ km **Total** $ ____

Si un véhicule privé n'est pas disponible, le déplacement se fait :

☐ Transports en commun ➤ Coût du trajet aller-retour : $ ____ pour ____ jours par mois **Total** $ 0.00

☐ Ligne privée d'autobus (comme Greyhound ou Red Arrow) ➤ Coût du trajet aller-retour : $ ____ pour ____ jours par mois **Total** $ 0.00

☐ Taxi ➤ Coût du trajet aller-retour : $ ____ pour ____ jours par mois **Total** $ 0.00

Pièces justificatives des déplacements pour traitement médical : documents fournis par le médecin
- description du problème médical
- durée et fréquence du transport
- confirmation de la gravité de l'état de santé ou de ses effets débilitants permanents à défaut de traitement
- confirmation de la couverture du traitement par Alberta Health and Wellness.

Section 3 Déclaration

- Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont véridiques et complets.
- Je remplirai et soumettrai au centre de soutien du revenu des apprenants d'Alberta Employment and Immigration un formulaire de Changement de situation dans les plus brefs délais en cas de **changement concernant l'un de ces renseignements**.

Signature du demandeur (signer à l'encre)

X

Date (à l'encre) jour / mois / année