

Demande présentée avec l'aide d'un avocat pour une instance en protection de l'enfance

Ce formulaire est utilisé uniquement lorsque le demandeur est le parent ou le fournisseur de soins de l'enfant qui est l'objet de l'instance en protection de l'enfance. Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les membres de la famille qui veulent être ajoutés en tant que partie à l'instance. Tous les champs du formulaire doivent être remplis.

Le formulaire est utilisé pour la demande initiale remplie par l'avocat au nom du client pour entamer la procédure de demande. Lorsque les renseignements fournis répondent aux critères d'admissibilité, le certificat sera envoyé directement à l'avocat.

Si l'admissibilité financière ne peut pas être vérifiée ou s'il n'existe pas dans les dossiers d'AJO une déclaration de Consentement à l'examen des dossiers en vigueur, les demandeurs pourraient devoir appeler AJO au **416 979-1446** ou au numéro sans frais **1 800 668-8258** pour remplir la demande initiale.

Renseignements sur le demandeur

Nom légal :

Coordonnées : Adresse postale :

Unité ou
app. :

Ville :

Province :

Code postal :

Adresse du domicile (si elle diffère de l'adresse postale) :

Unité ou
app. :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Auto-identification relative à l'appartenance raciale

| | |
|---|---------------------------|
| Asiatique – Est (p. ex., Chinois(e), Japonais(e), Coréen(ne)) | Préfère ne pas répondre |
| Asiatique – Sud-Est (p. ex., Malaisien(ne), Philippin(e), Vietnamien(ne)) | Je ne sais pas |
| Asiatique – Sud (p. ex., Indien(ne), Pakistanais(e), Sri-Lankais(e)) | Pas demandé |
| Noir(e) – Africain(e) (p. ex., Ghanéen(ne), Kényan(e), Somalien(ne)) | Autre (veuillez préciser) |
| Noir(e) – Antillais(e) (p. ex., Barbadien(ne), Jamaïquain(e)) | |
| Noir(e) – Nord-Américain(e) (p. ex., Canadien(ne), Américain(e)) | |
| Indien(ne) – Antillais(e) (p. ex., Guyanien(ne) d'origine indienne) | |
| Latino-Américain(e) (p. ex., Argentin(e), Chilien(ne), Salvadorien(ne)) | |
| Moyen-oriental(e) ou Nord-Africain(e) (p. ex., Égyptien(ne), Iranien(ne)) | |
| Rom | |
| Blanc(he) – Nord-Américain(e) (p. ex., Canadien(ne), Américain(e)) | |
| S'est identifié comme autochtone à la partie sur l'auto-identification autochtone ci-dessus | |

Renseignements d'ordre juridique sur l'affaire

La Société a-t-elle signifié des documents judiciaires au demandeur? Oui Non

La Société a-t-elle retiré les enfants des soins de leurs parents ou de leur fournisseur de soins? Oui Non

Instance en matière de protection de l'enfance

Aux soins d'une société de façon provisoire

Aux soins d'une société de façon prolongée

Révision du statut de l'enfant (ce formulaire ne doit pas être utilisé si le demandeur introduit l'instance)

Audience de communication (ce formulaire ne doit pas être utilisé si le demandeur introduit l'instance)

Soutien hors instance

Entente de soin volontaire

Y a-t-il eu une révision du statut de l'enfant au cours des six derniers mois? Oui Non

Le demandeur est-il d'accord avec les conclusions de la révision? Oui Non

Remarques supplémentaires concernant l'application :

Renseignements financiers

Le demandeur a-t-il versé un montant d'argent à un avocat dans le cadre de cette instance? Oui Non

Si oui, \$

Les renseignements financiers du demandeur, de son conjoint et de la personne responsable doivent être fournis.

Taille de l'unité familiale :

État matrimonial :

| | | |
|-------------|--------|------------------|
| Célibataire | Marié | Conjoint de fait |
| Divorcé | Séparé | Veuf |

Conjoint - Nom (prénom, second prénom, nom) :

Nombre de personnes à charge résidant au foyer :

Verse une pension alimentaire aux personnes à charge résidant hors du foyer : \$ /mois

Logement :

| | | |
|------------------|---------------------------|-------------------------|
| Locataire | En établissement carcéral | Propriétaire |
| Chambreur payant | Chambreur non payant | En maison d'hébergement |
| Itinérant | Jeune au foyer | À l'hôpital |
| Autre | | |

Actifs :

Propriété (adresse, valeur marchande, hypothèque)

Biens liquides (comptes bancaires, placements, etc.)

Type :

Valeur actuelle : \$

Revenu :

| Type de revenu | Demandeur Revenu mensuel brut | Conjoint/Personne responsable Revenu mensuel brut |
|--|----------------------------------|--|
| Emploi | \$ | \$ |
| Assurance-emploi (AE) | \$ | \$ |
| Régime de pensions du Canada (RPC) | \$ | \$ |
| Prestations fiscales pour enfants | \$ | \$ |
| Pension de la sécurité de la vieillesse (SV) / Régime de revenu annuel garanti (RRAG) | \$ | \$ |
| Ontario au travail (OT)* | \$ | \$ |
| Demande présentée à Ontario au travail | \$ | \$ |
| amme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) | \$ | \$ |
| Pension | \$ | \$ |
| Pension alimentaire pour conjoint | \$ | \$ |
| Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) | \$ | \$ |
| Travailleur autonome | \$ | \$ |
| Autre | \$ | \$ |

* Numéro d'identification de l'aide sociale (OT/POSPH) :

Frais médicaux :

Type / description:

Montant mensuel :

Confirmation

Le fait de soumettre ce formulaire ne garantit pas une aide juridique dans le cadre du programme de certificat d'Aide juridique Ontario (AJO). Le demandeur doit répondre aux critères d'admissibilité requis. Lorsque les renseignements fournis répondent aux critères d'admissibilité, les certificats seront traités et envoyés directement à l'avocat. Les demandes présentées avec l'assistance d'un avocat seront traitées en 3 à 5 jours ouvrables. Si la confirmation du certificat n'est pas reçue dans ce délai, veuillez aviser le demandeur de communiquer avec AJO.

- Toronto : 416 979-1446
- Sans frais : 1 800 668-8258.

En soumettant ce formulaire, j'atteste que le demandeur a consenti verbalement à ce que je soumette cette demande en son nom. Je confirme, à ce que je sache, que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets, véridiques et exacts. J'ai vérifié que le demandeur comprend qu'Aide juridique Ontario pourrait recouvrer le coût des services d'aide juridique, conformément à l'article 13 de la *Loi de 2020 sur les services d'aide juridique*, et qu'il consent à ce que le certificat me soit envoyé directement.

Nom de l'avocat :

Date :

Signature :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Les renseignements personnels figurant dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2020 sur les services d'aide juridique* aux fins de la prestation de services d'aide juridique en application de la LSAJ.

Les questions à ce sujet doivent être adressées à l'agent(e) de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, à fippa@lao.on.ca ou au 1 800 668-8258.



LEGAL AID ONTARIO
AIDE JURIDIQUE ONTARIO