



MedReleaf  
C.P. 3040  
Markham Industrial Park  
Markham ON, Canada  
L3R 6G4



1 855 473-5323  
Télécopie  
électronique  
sécurisée :  
1 866 264-4139



AskUs@medreleaf.com  
www.medreleaf.com

Pour être admissible au programme d'aide financière Releaf, vous devez recevoir de l'aide par le biais d'un des programmes fédéraux ou provinciaux reconnus figurant sur notre site Web. Une preuve de votre inscription doit être jointe à cette demande.

### Programmes fédéraux

- Régime de pensions du Canada (RPC) – prestations d'invalidité
- Supplément de revenu garanti (SRG)
- Sécurité de la vieillesse (SV)
- Allocation d'ancien combattant

### Programmes provinciaux

- Programme de prestations aux aînés de l'Alberta (Alberta Seniors Benefit, ASB)
- Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave
- Programme de revenu assuré pour les personnes gravement handicapées (Assured Income for the Severely Handicapped, AISH)
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) – permanent
- Emploi et soutien aux personnes handicapées
- Assurance-emploi et prestations de maladie
- Programme d'invalidité de longue durée – assureur privé
- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)
- Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario (RRAG)
- Programmes d'aide à l'emploi provinciaux
- Programme de solidarité sociale du Québec
- Inscription à des services de soutien aux personnes handicapées par l'entremise de votre établissement d'enseignement
- Programme d'assurance-revenu pour les personnes handicapées (Saskatchewan Assured Income for Disability, SAID)
- Pension d'invalidité permanente de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)
- Programme 55 ans et plus du Manitoba (Manitoba 55 PLUS Program)
- Autres programmes d'aide au revenu ou d'aide

Veuillez préciser le programme fédéral ou provincial dont vous êtes bénéficiaire :

J'ai joint une attestation de ma participation à ce programme reconnu

Prénom :

Nom de famille :

Date (JJ-MM-AA) :

Signature :

J'accepte que MedReleaf examine ma demande chaque année lors du renouvellement de mon document médical et puisse demander de plus amples renseignements. J'atteste que l'information fournie est véridique et exacte.