

# Application for Pregnancy/Breast-feeding Nutritional Allowance

Local ODSP/OW Office Stamp

 OHIP Fee Code  
K056

## Section 1. To be completed by applicant

### Applicant Information

Last Name			First Name			Initial		
Date of birth		Member ID			Relationship to recipient			
Y	M	D				<input type="checkbox"/> self <input type="checkbox"/> spouse <input type="checkbox"/> dependent child or dependent adult		

## Section 2. To be completed by an approved health professional [see list below]

**This application must be completed by one of the following approved health professionals:**

- A Physician
- A Registered Nurse in the Extended Class
- A Registered Dietitian
- A Registered Midwife or a Traditional Aboriginal Midwife recognized and accredited by her or his Aboriginal community

**Instructions** - Complete the information below, including your signature, to confirm that the applicant is pregnant or breast-feeding an infant 12 months of age or younger.

Last Name		First Name	
Street Number	Unit/Suite/Apt.	Street Name	
City/Town/Municipality		Province	Postal Code
Telephone Number		<b>Stamp</b>	
<b>I am a legally qualified:</b> <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Registered Nurse in the Extended Class <input type="checkbox"/> Registered Dietitian <input type="checkbox"/> Registered Midwife or a Traditional Aboriginal Midwife recognized and accredited by her or his Aboriginal community			

and I confirm that \_\_\_\_\_ is pregnant or breast-feeding an infant 12 months of age or younger.  
[Name of Applicant]

 \_\_\_\_\_  
 [Signature of Approved Health Professional]

 \_\_\_\_\_  
 [Date]

**Payment** - If you are a Registered Nurse in the Extended Class, a Registered Dietitian, a Registered Midwife or a Traditional Aboriginal Midwife recognized and accredited by her or his Aboriginal community, please forward your invoice in the amount of \$20.00 to the appropriate local Ontario Works office or ODSP office noted at the top of the application form. Please be sure to include the applicant's name and Member ID on the invoice.

## Section 3. Pregnancy/Breast-feeding Nutritional Allowance

The Pregnancy/Breast-feeding Nutritional Allowance is payable beginning in the month an approved health professional signs and dates this application form until the month the pregnancy ends. If the applicant is breast-feeding, the Allowance is payable up to and including the month the infant is 12 months of age.

The applicant is:  lactose tolerant or  lactose intolerant \_\_\_\_\_ or \_\_\_\_\_  
[Estimated date of delivery]    [Infant's date of birth if breast-feeding]

### Notice with Respect to the Collection of Personal Information

(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)  
 (Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act)

This information is collected under the legal authority of the *Ontario Disability Support Program Act, 1997*, sections 5, 10, 45 & 46 or the *Ontario Works Act, 1997*, sections 7, 8, 15, 57 & 58 for the purpose of administering Government of Ontario social assistance programs including determining recipient eligibility and monitoring take up and referral trends.

For more information contact \_\_\_\_\_ at (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, in your local Ontario Works or ODSP office.

# Demande d'allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement

<b>Estampille du bureau local du POSPH/OT</b>
---

Code d'honoraires RASO  
K056

**Section 1. À remplir par le demandeur**
**Renseignements sur le demandeur**

Nom	Prénom	Initiale
Date de naissance A   M   J	N° d'identification du membre	Lien de parenté avec la bénéficiaire <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant ou adulte à charge

**Section 2. À remplir par une professionnelle ou un professionnel de la santé approuvé(e) [voir la liste ci-dessous]**

**Cette demande doit-être remplie par l'un ou l'autre des professionnels de la santé suivant :**

- Un médecin
- Une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie avancée
- Un ou une diététiste autorisé(e)
- Une sage-femme autorisée ou une sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone

**Instructions –** Remplissez l'information demandée ci-dessous et apposez votre signature pour confirmer que la personne qui fait la demande est enceinte ou qu'elle nourrit un enfant de moins de 12 mois.

Nom	Prénom
Numéro de la rue	Unité/Suite/App.    Nom de la rue
Ville/Municipalité	Province    Code postal
Numéro de téléphone	<b>Estampille</b>
<b>Je suis dûment qualifié(e) pour exercer la profession de :</b> <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée ou infirmier autorisé de la catégorie avancée <input type="checkbox"/> Diététiste autorisé(e) <input type="checkbox"/> Sage-femme autorisée ou sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone	

Et je confirme que \_\_\_\_\_ est enceinte ou qu'elle nourrit un enfant d'au plus 12 mois.  
*[Nom de l'auteur(e) de la demande]*

\_\_\_\_\_  
*[Signature de la professionnelle ou du professionnel de la santé approuvé(e)]*

\_\_\_\_\_  
*[Date]*

**Paiement –** Si vous êtes une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé de la catégorie avancée, un ou une diététiste autorisé(e), une sage-femme autorisée ou une sage-femme autochtone traditionnelle reconnue et agréée par sa communauté autochtone, veuillez faire parvenir votre facture de 20 \$ au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité mentionné dans la partie supérieure du formulaire de demande. Veuillez à bien inscrire sur la facture le nom et le numéro d'identification de membre du demandeur.

**Section 3. Allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement**

L'Allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement doit être versée à compter du mois où un professionnel de la santé approuvé signe et date la présente demande jusqu'au mois où la grossesse prend fin. Si la mère allaite, l'allocation nutritionnelle en période de grossesse et d'allaitement doit être versée jusqu'au mois durant lequel le nourrisson atteint l'âge de 12 mois, inclusivement.

La demandeuse :  tolère le lactose ou  a une intolérance au lactose \_\_\_\_\_ or \_\_\_\_\_  
*[Date prévue de l'accouchement]*    *[Date de naissance du nourrisson s'il est allaité]*

**Avis relative à la collecte des renseignements personnels**

*(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)  
 (Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)*

Les articles 5, 10, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, ou les articles 7, 8, 15, 57 et 58 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* autorisent la présente collecte de renseignements aux fins de l'application des programmes de l'aide sociale du gouvernement de l'Ontario, y compris pour déterminer l'admissibilité du bénéficiaire et surveiller les tendances en matière de collecte de renseignements et de références.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec \_\_\_\_\_ au (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité.