Ontario

Ministry of Health
and Long-Term Care

Application for Reduction of Assessed Co-payment Fees

- **Application by the patient as a patient with a spouse in the community who does not qualify as a dependent or an**
- **Application by the spouse in the community who does not qualify as a dependent**

This form is to be used for a patient who is seeking a reduction to the co-payment or for whom a reduction is sought further to the factors set out in ***section 10 of Reg. 552 under the Health Insurance Act.*** *The application for the reduction may be requested by the patient, the spouse, the patient's attorney under a continuing power of attorney or guardian of property.*

To be completed by the Hospital

Patient Information

Name of applicant	Health Number

Name of spouse	Address of spouse

Calculation of monthly income for spouse in the community who does not qualify as a dependant

1.	OAS (Federal Old Age Security)	$
2.	GIS (Federal Guaranteed Income Supplement)	$
3.	GAINS (Ontario Guaranteed Annual Income Supplement)	$
4.	Spouse's allowance	$
5.	Salaries or wages	$
6.	Annuities, superannuation, insurance benefits	$
7.	Earned interest	$
8.	Canada Pension Plan, Quebec Pension Plan	$
9.	Workers' Compensation	$
10.	Foreign pensions/US social security	$
11.	Privately administered trust	$
12.	Mortgage/Loan agreement	$
13.	Farm or business	$
14.	Rental of property	$
15.	Support payments	$
16.	Other	$
17.	Total monthly estimated income	$
18.	Maximum monthly amount of OAS, GIS and GAINS benefits available to a single person as at April 1 of the current year	$
19.	Maximum benefit	$ 152.08
20.	Total (of items 18 and 19)	$
21.	Total monthly estimated income for spouse, item 17 from above	$
22.	Subtract the amount of item 21 from amount found in item 20. If the answer is less than zero, enter 0	$
23.	Monthly reduction: enter the lesser of the amount in item 22 and $152.08 ($5.00 per day)	$
24.	Co-payment for patient based on "Co-payment Calculations form 3264–54"	$
25.	Monthly co-payment is the amount in item 24 less the amount in item 23	$

Monthly co-payment calculated above (item 25)	$
Daily co-payment rate is monthly co-payment divided by 30.4167	$

Name of staff member of institution	Position title

I/We understand the eligibility criteria. I/We have supplied the information in this application to the best of my/our knowledge and belief. All statements are true and no information required to be given has been withheld or omitted.

Should a reduction be granted on the basis of information in this application, I/We will notify the hospital administrator or his/her representative as the case may be, of any change of relevant circumstances pertaining to income.

I/We acknowledge that the information contained in this application may be used for the purposes of verifying eligibility for, and determining the reduction and I/we undertake to provide any information that may be required.

Signature of patient	Signature of spouse
Date	Date

© King's Printer for Ontario, 2022 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Ontario

Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée

Demande de réduction de la quote-part exigée

- **Demande par le patient/la patiente à titre de patient(e) ayant un(e) conjoint(e) qui réside dans la collectivité et qui ne remplit pas les critères d'une personne à charge**
- **Demande par le (la) conjoint(e) qui réside dans la collectivité et qui ne remplit pas les critères d'une personne à charge**

La présente formule doit être utilisée pour un(e) patient(e) qui demande une réduction de la quote-part ou pour qui une réduction est demandée à la suite des termes énoncés en vertu de ***l'article 10 du Règlement 552 pris en application de la Loi sur l'assurance-santé****. La demande de réduction peut être présentée par le(la) patient(e), par le(la) conjoint(e),* ***La demande de réduction peut être présentée par le(la) patient(e), par le(la) conjoint(e), par le procureur ou par le tuteur aux biens que le(la) patient(e) a désigné en vertu d'une procuration perpétuelle.***

À remplir par l'hôpital

Renseignements sur le patient/la patiente

Nom de l'auteur(e) de la demande	Numéro d'assurance-santé

Nom du (de la) conjoint(e)	Adresse du (de la) conjoint(e)

Calcul du revenu mensuel du conjoint/de la conjointe qui réside dans la collectivité et qui ne remplit pas les critères d'une personne à charge

1.	Sécurité de la vieillesse (régime fédéral)		$
2.	SRG (Supplément de revenu garanti – régime fédéral)		$
3.	RRAG (Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario)		$
4.	Allocations au conjoint/à la conjointe		$
5.	Salaires		$
6.	Rentes, pension de retraite, prestations d'assurance		$
7.	Intérêts gagnés		$
8.	Régime de pensions du Canada, Régime de rentes du Québec		$
9.	Indemnisation des travailleurs		$
10.	Pensions étrangères/Sécurité sociale des É.-U.		$
11.	Fiducie administrée par le secteur privé		$
12.	Hypothèque/Contrat de prêt		$
13.	Ferme ou entreprise		$
14.	Location de biens-fonds		$
15.	Versements de pension alimentaire		$
16.	Autre		$
17.	Total du revenu mensuel estimatif		$
18.	Le montant mensuel maximal des prestations de sécurité de la vieillesse, du SRG et du RRAG pour une personne seule au 1er avril de l'année en cours		$
19.	Prestation maximale	152,08	$
20.	Total (postes 18 et 19)		$
21.	Total du revenu mensuel estimatif pour le (la) conjoint(e) (poste 17 ci-dessus)		$
22.	Soustraire le montant figurant au poste 21 du montant figurant au poste 20. Si le résultat est inférieur à zéro, inscrivez «0».		$
23.	Réduction mensuelle : inscrivez le plus petit des montants suivants : le montant figurant au poste 22 ou 152,08 $ (5 $ par jour).		$
24.	Quote-part pour le patient/la patiente d'après le «Calcul de la quote-part», formule 3264–54		$
25.	La quote-part mensuelle est le résultat du montant figurant au poste 24 moins le montant figurant au poste 23.		$

Quote-part mensuelle calculée ci-dessus (poste 25)	$
Pour calculer la quote-part quotidienne, il faut diviser la quote-part mensuelle par 30,4167.	$

Nom de l'employé(e) de l'établissement	Titre du poste

Je connais/Nous connaissons les critères d'admissibilité. J'ai/Nous avons fourni les renseignements demandés dans cette formule au meilleur de ma/notre connaissance. Toutes les déclarations sont exactes et aucun renseignement exigé n'a été retenu ni omis.

Si une réduction est accordée sur la foi des renseignements figurant dans cette demande, j'aviserai/nous aviserons le directeur général ou la directrice générale de l'hôpital ou son représentant/sa représentante, selon le cas, de tout changement ayant une incidence sur le revenu.

Je sais/Nous savons que les renseignements contenus dans cette demande peuvent être utilisés aux fins de vérification de l'admissibilité à une réduction et aux fins du calcul de cette réduction et je m'engage/nous nous engageons à fournir tout renseignement qui peut être exigé.

Signature du patient/de la patiente	Signature du (de la) conjoint(e)
Date	Date

© King's Printer for Ontario, 2022 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Ontario

Application for Reduction of Assessed Co-payment Fees

The patient or the patient's spouse, may apply to the hospital for a reduction in the maximum amount of the co-payment per form 3264–54 if,

(a) the patient has a spouse who was cohabiting with the patient immediately before the patient was admitted to the hospital where he or she is receiving insured inpatient services, or if the patient has been in more than one hospital or institution continuously, immediately before the patient was first admitted to such a hospital or institution;

(b) the spouse is receiving benefits under the **Old Age Security Act** (Canada) or the **Ontario Guaranteed Annual Income Act**; and

(c) the spouse lives outside an approved charitable home for the aged under the **Charitable Institutions Act**, a home under the **Homes for the Aged and Rest Homes Act**, a nursing home under the **Nursing Homes Act** or a hospital or other facility that is government funded.

Demande de réduction de la quote-part exigée

Le patient/La patiente ou son conjoint/sa conjointe peut demander à l'hôpital une réduction du montant maximal de la quote-part figurant dans la formule 3264–54, si,

a) le patient/la patiente a un(e) conjoint(e) qui cohabitait avec lui/elle immédiatement avant son admission à l'hôpital où il/elle reçoit des services assurés, ou si le patient/la patiente a fait un séjour ininterrompu dans plusieurs autres hôpitaux ou établissements immédiatement avant sa première admission dans l'hôpital ou l'établissement actuel;

b) le conjoint/la conjointe reçoit des prestations en vertu de la ***Loi sur la sécurité de la vieillesse*** (Canada) ou de la ***Loi sur le revenu annuel garanti en Ontario***;

c) et que le conjoint/la conjointe habite en dehors d'un foyer de bienfaisance pour personnes âgées agréé au sens de la ***Loi sur les établissements de bienfaisance***, d'un foyer au sens de la ***Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos***, d'une maison de soins infirmiers au sens de la ***Loi sur les maisons de soins infirmiers*** ou d'un hôpital ou autre établissement financé par le gouvernement.

© King's Printer for Ontario, 2022 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022