



## Guide d'information

Le **programme Soutien financier aux mineures enceintes** vise à offrir une aide financière temporaire aux mineures enceintes qui sont sans ressources financières, afin de favoriser leur santé et celle de leur bébé à naître.

Pour demander une aide financière dans le cadre du programme, vous devez remplir le présent formulaire et fournir tout document ou renseignement nécessaires à la vérification de votre admissibilité et à l'établissement du montant de l'aide financière qui pourrait vous être accordée. Omettre de les fournir peut entraîner le refus de votre demande.

Si vous avez besoin d'aide afin de remplir correctement le formulaire, vous pouvez téléphoner, sans frais, au Centre de communication avec la clientèle, au 1 877 767-8773.

Pour obtenir plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter le site Québec.ca.

Les renseignements fournis dans ce formulaire seront utilisés pour l'étude de votre demande et pour l'application de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles. Les renseignements pourront également être utilisés pour mener des études, des recherches ou des sondages ou encore pour produire des statistiques, et ce, conformément à ce que prévoit la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'accès aux renseignements recueillis est limité aux seules personnes autorisées à les utiliser dans l'exercice de leurs fonctions.

Les renseignements personnels recueillis par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale sont nécessaires à l'exercice de ses attributions. Ils sont traités confidentiellement. Le Ministère ne les communiquera qu'à son personnel ou à ses mandataires dans le cadre de l'étude de votre demande.

Vous avez le droit d'être informée des renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la rectification. À ces fins, vous devez vous adresser à la personne responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.

Vous devez lire attentivement la partie explicative qui suit, puis remplir chacune des sections du formulaire.

Vous devez faire parvenir les pages 3 et 4 de ce formulaire, remplies et signées, avec toutes les pièces justificatives demandées au bureau de Services Québec le plus près de chez vous. Si nécessaire, nous communiquerons avec vous pour convenir d'un rendez-vous.

Votre droit à une aide financière sera évalué à partir du jour où ce formulaire parviendra à l'un de nos bureaux.

## Documents à fournir

### Pièces d'identité originales

#### 1. Certificat de naissance ou son équivalent

##### Personne née au Canada

###### Personne née au Québec

Vous n'avez pas à fournir votre certificat de naissance. Cependant, le Ministère pourrait le demander pour confirmer au besoin votre identité.

###### Personne née à l'extérieur du Québec

Vous devez fournir un certificat de naissance, format abrégé ou grand format, délivré par les autorités responsables de l'état civil de la province ou du territoire où vous êtes née.

##### Personne née à l'extérieur du Canada

Vous devez fournir l'un des documents suivants :

- document du demandeur d'asile (DDA valide);
- visa d'immigrant et *Fiche relative au droit d'établissement* (IMM 1000);
- *Confirmation de résidence permanente* (IMM 5292 ou IMM 5688);
- document autorisant le séjour au Canada (IMM 1442).

Vous devez par ailleurs inscrire votre numéro d'assurance sociale dans la section « Renseignements sur l'identité ». Si vous n'avez pas de numéro d'assurance sociale, vous devez en faire la demande au bureau de Service Canada le plus près de chez vous.

#### 2. Document avec photo délivré par un organisme public aux seules fins d'établir votre identité

Ce document ne sera pas conservé dans le dossier.

### Autres documents

3. *Fiche de suivi du CLSC – Soutien financier aux mineures enceintes* (SR-2438) ou un document semblable d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui a une mission similaire à celle d'un CLSC;

4. Documents servant à déterminer vos revenus actuels et les revenus qui ont pris fin au cours du mois de votre demande (bulletins de paie, état détaillé des prestations d'assurance-emploi versées, relevé des prestations d'assurance parentale, etc.).

5. De plus, si vous vous inscrivez au dépôt direct, vous devez fournir l'un des documents suivants :

- un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ». Le compte doit être celui dans lequel vous voulez que l'aide financière soit déposée;
- un document fourni par votre institution financière qui contient les mêmes renseignements, si vous ne possédez pas de chèques.

## Critères d'admissibilité

Pour être admissible au programme Soutien financier aux mineures enceintes, vous devez respecter les critères suivants :

- résider au Québec;
- avoir l'un des statuts suivants :
  - être une citoyenne canadienne au sens de la Loi sur la citoyenneté,
  - être une Indienne au sens de la Loi sur les Indiens,
  - être une résidente permanente,
  - être une personne à qui l'asile a été conféré au Canada par l'autorité canadienne compétente,
  - être une personne qui a demandé le droit d'asile conformément à la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés;
- être mineure et être enceinte depuis au moins 20 semaines;
- bénéficier du Programme de soutien aux jeunes parents, offert dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- être recommandée par un CLSC (ou par un établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui a une mission similaire à celle d'un CLSC);
- ne pas demeurer chez vos parents ou chez l'un de vos parents ou chez la personne qui a légalement votre garde en vertu d'un jugement ou qui a souscrit à un engagement de parrainage;
- ne pas demeurer dans une ressource d'hébergement relevant d'un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (centre de réadaptation, foyer de groupe d'un centre jeunesse, ressource intermédiaire, famille d'accueil, etc.);
- ne pas recevoir de prestations dans le cadre du Programme d'aide sociale ou du Programme de solidarité sociale ni être admissible à l'un de ces programmes à titre d'adulte seul ou de membre d'une famille (ex. : mineure émancipée ou mariée, mineure qui a déjà un enfant à charge);
- ne pas être admissible au Programme de prêts et bourses, si vous fréquentez un établissement d'enseignement secondaire à la formation professionnelle ou d'enseignement postsecondaire au sens de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles;
- ne pas posséder plus de 1 500 \$ en avoirs liquides (argent en banque ou en main, actifs négociables à court terme) à la date de la demande ou pendant la période où vous recevez une aide financière.

## Vos obligations

Les obligations prévues par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles s'appliquent à ce programme, notamment les suivantes :

- Vous devez présenter votre demande en utilisant ce formulaire et fournir tout document ou renseignement nécessaires à la vérification de votre admissibilité et à l'établissement de l'aide financière qui pourrait vous être accordée.
- Vous devez exercer vos droits ou vous prévaloir des avantages dont vous pouvez bénéficier en vertu d'une loi si la réalisation de ces droits et avantages a un effet sur votre admissibilité au programme ou sur le montant de l'aide accordée.

## Vos obligations (suite)

- Vous devez informer, sans délai, le Ministère de tout changement dans votre situation (déménagement, augmentation ou baisse de revenus, fin de grossesse, etc.), car un changement peut avoir des conséquences sur le montant de l'aide financière qui vous est accordée.

Le défaut de respecter une ou plusieurs de ces obligations peut entraîner le refus de votre demande, la réduction du montant de l'aide ou la fin du versement de l'aide.

## Versement

L'aide financière sera accordée en fonction des renseignements fournis dans le formulaire de demande.

À moins de circonstances exceptionnelles, l'aide financière est versée en début de mois.

Le versement de l'aide financière cesse lorsqu'une personne n'est plus considérée comme admissible. Ainsi, il cesse **au plus tard** le mois suivant celui où elle accouche, mais il peut cesser avant si elle ne répond plus aux critères d'admissibilité.

Note – Si les circonstances font en sorte que vous ne réussissez pas à nous aviser à temps de votre accouchement et que vous recevez une aide financière pour le mois qui suit, vous devrez nous la rembourser.

## Recouvrement de sommes versées en trop

Les règles de recouvrement prévues par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles s'appliquent à ce programme, sauf les règles prévues spécifiquement pour les programmes d'aide financière de dernier recours.

Vous devez rembourser au Ministère les sommes que vous avez indûment reçues, sauf si ces sommes vous ont été versées en raison d'une erreur administrative que vous ne pouviez pas raisonnablement constater.

## Recours

Toute décision rendue par le Ministère dans le cadre du présent programme peut faire l'objet d'une demande de réexamen administratif dans les 30 jours suivant sa date de réception.

La demande de réexamen doit être faite par écrit à l'aide du formulaire *Demande de réexamen administratif – Soutien financier aux mineures enceintes* (SR-2543). Vous pouvez l'obtenir dans un bureau de Services Québec ou sur le site Québec.ca.

La décision rendue dans le cadre d'un réexamen administratif est finale et sans appel.

Toutefois, une **réclamation** établie dans le cadre du présent programme peut faire l'objet d'une demande de révision dans les 90 jours suivant sa date de réception et, éventuellement, d'un recours au Tribunal administratif du Québec. À cet égard, les dispositions de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles s'appliquent aux réclamations.

REMPILIR À L'ENCRE ET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.  
NE RIEN INSCRIRE DANS LES ESPACES OMBRÉS.

|  |   |  |   |   |   |      |
|--|---|--|---|---|---|------|
| Indiquez la raison pour laquelle vous faites cette demande d'aide financière.  |   | <input type="checkbox"/> Sans revenu et sans ressource<br><input type="checkbox"/> Sans emploi et sans droit à l'assurance-emploi<br><input type="checkbox"/> Fin des prestations d'assurance-emploi<br><input type="checkbox"/> Fin des études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Supplément à un autre revenu<br><input type="checkbox"/> Autre, (précisez) : _____ |   | <b>DATE DE RÉCEPTION</b><br>Année Mois Jour<br>Vérification des pièces d'identité Date<br>Préposée ou préposé à l'accueil<br>Représentante ou représentant du Ministère |   |      |
| <b>Section 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LA GROSSESSE</b>   |   |  |   |   |   |      |
| • Indiquez à quelle semaine de votre grossesse vous êtes rendue : _____<br>Année Mois Jour<br>• Date prévue de votre accouchement : _____<br>• Êtes-vous suivie par un CLSC dans le cadre du Programme de soutien aux jeunes parents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                |   |  |   |   |   |      |
| <b>Section 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ</b>   |   |  |   |   |   |      |
| Nom de famille et prénom*  |   | Numéro de dossier  |   |   |   |      |
|  |   | Nom de famille   |   |   |   |      |
|  |   | Prénom   |   |   |   |      |
| * Nom et prénom inscrits sur le certificat de naissance ou le document d'immigration.  |   |  |   |   |   |      |
| Date de naissance  | Année Mois Jour   | Initiales  | PCE <input type="checkbox"/>  | Numéro d'assurance sociale  | PCE <input type="checkbox"/>  |      |
| État matrimonial   | <input type="checkbox"/> 1. Célibataire <input type="checkbox"/> 2. Mariée <input type="checkbox"/> 3. Autre (précisez) : _____   |  |   |   |   |      |
| Langue de correspondance désirée   | <input type="checkbox"/> 1. Français <input type="checkbox"/> 2. Anglais  |  |   |   |   |      |
| Vous considérez-vous comme une Autochtone (personne d'ascendance inuite ou amérindienne)?  | <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non   |  |   |   |   |      |
| Si vous êtes née hors du Canada, précisez le pays de naissance.  | Pays de naissance   |  | Date d'arrivée  |   |   |      |
| <b>Section 3 - ADRESSE DU DOMICILE</b>   |   |  |   |   |   |      |
| Inscrivez l'adresse de votre domicile.   | Numéro  | Appartement  | Rue   |   |   |      |
|  | Ville, village ou municipalité  |  |   |   | Code postal   |      |
| Numéros de téléphone (même si confidentiels)   | Résidence :   | Ind. rég.  | Numéro  | Autre (précisez) :  | Ind. rég. Numéro  |      |
| Indiquez où vous vivez aujourd'hui.  | <input type="checkbox"/> Dans un logement <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> En foyer de groupe d'un centre jeunesse<br><input type="checkbox"/> En chambre <input type="checkbox"/> En centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____<br><input type="checkbox"/> En pension |  |   |   |   |      |
| Où habitez-vous?   | Chez vos parents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Chez la personne qui a légalement obtenu votre garde? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Chez la personne qui, en vertu d'un contrat de parrainage, vous a à sa charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |   |   |   |      |
| <b>Section 4 - FRÉQUENTATION SCOLAIRE</b>  |   |  |   |   |   |      |
| Fréquentez-vous à temps plein un établissement d'enseignement secondaire en formation professionnelle ou un établissement d'enseignement postsecondaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |   |  |   |   |   |      |
| Si oui, êtes-vous admissible au Programme de prêts et bourses du ministère de l'Enseignement supérieur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |   |  |   |   |   |      |
| <b>Section 5 - MODE DE VERSEMENT – DÉPÔT DIRECT</b>  |   |  |   |   |   |      |
| Veuillez fournir un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ». Le compte doit être celui dans lequel vous voulez que vos prestations soient déposées. Si vous ne possédez pas de chèques, veuillez fournir un document provenant de votre institution financière qui contient les mêmes renseignements. |   |  |   |   | <input type="checkbox"/> <b>Cochez ici si vous ne voulez pas vous inscrire au dépôt direct.</b> |      |
| <b>Section 6 - REVENUS</b>   |   |  |   |   |   |      |
| <b>REVENUS DE TRAVAIL</b>  | <b>Recevez-vous</b>   |  | Le salaire net est obtenu en déduisant de votre salaire brut les impôts provincial et fédéral sur le revenu, les cotisations à l'assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale, les contributions au Régime de rentes du Québec ou à un régime de retraite obligatoire, les cotisations syndicales. |   |   |      |
|  | • des revenus d'emploi?   | Oui Non  | Salaire net   | semaine   | 2 semaines  | mois |
|  | • des pourboires?   | Oui Non  | Montant   | \$ par  |   |      |
|  | • des revenus résultant d'un travail effectué pour votre propre compte?   | Oui Non  | Nature du travail   | Revenu net du dernier mois  |   | \$   |
| • des revenus provenant de la garde d'enfants?   | Oui Non   | Si oui, la garde s'effectue :  | Montant   | semaine   | 2 semaines  | mois |
|  |   | <input type="checkbox"/> à votre domicile<br><input type="checkbox"/> à l'extérieur de votre domicile  | \$ par  |   |   |      |

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE PAGE.**

**Section 6 - REVENUS (SUITE)**

|   |   |   |   |   |   |            |       |
|---|---|---|---|---|---|------------|-------|
| <b>REVENUS D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX</b> | <b>Recevez-vous</b><br>des prestations pour congé de maternité provenant du Régime québécois d'assurance parentale?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si <b>oui</b> , inscrivez le montant brut auquel vous avez droit par semaine. | Si <b>non</b> , inscrivez la date de votre demande. | Date de fin des prestations, le cas échéant |            |       |
|   | des prestations d'assurance-emploi?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____  | Année _____ Mois _____ Jour _____                   | Année _____ Mois _____ Jour _____           |            |       |
|   | une allocation d'aide à l'emploi, une allocation de soutien ou une aide financière versée par un tiers à ce titre?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ _____  | Montant net   | semaine                                     | 2 semaines | mois  |
|   | des indemnités de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ par  | _____   | _____                                       | _____      | _____ |
|   | des prestations de Retraite Québec?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ par  | _____   | _____                                       | _____      | _____ |
|   | des indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ par  | _____   | _____                                       | _____      | _____ |
|   | des prestations d'aide sociale du gouvernement fédéral si vous appartenez à l'un des peuples autochtones?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | \$ par  | _____   | _____                                       | _____      | _____ |
| <b>AUTRES REVENUS</b>                       | <b>Recevez-vous</b><br>des revenus provenant de chambreurs ou de pensionnaires?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Nombre de chambreurs ou de pensionnaires<br>_____                             | Montant net   | semaine                                     | 2 semaines | mois  |
|   | une pension alimentaire?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Noms<br>_____   | \$ par  | _____                                       | _____      | _____ |
|   | des revenus de placements, d'obligations ou d'actions (intérêts ou dividendes)?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   | \$ par  | _____                                       | _____      | _____ |
|   | des prêts et bourses du ministère de l'Enseignement supérieur?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   | \$ par  | _____                                       | _____      | _____ |
|   | d'autres revenus?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   | \$ par  | _____                                       | _____      | _____ |
|   |   |   | Si <b>oui</b> , précisez la source de ces revenus.                            |   |   |            |       |
|   | <b>Attendez-vous</b> d'autres revenus, gains et avantages (assurances, rentes, héritages, sommes liées au règlement d'un litige, indemnités de vacances, etc.)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   | \$ par  | _____                                       | _____      | _____ |
|   |   |   | Si <b>oui</b> , précisez la source de ces revenus.                            |   |   |            |       |

**Section 7 - AVOIRS LIQUIDES**

|  |   |                          |                   |                                   |
|--|---|--------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| <b>Avez-vous</b><br>des comptes dans une banque, dans une caisse ou dans d'autres institutions financières (y compris des comptes inactifs et des comptes conjoints)?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Institutions et adresses | Numéros de compte | Montants (solde)                  |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |
| NOTE : Les montants inscrits doivent correspondre aux soldes des comptes au jour de la demande.  |   |                          |                   |                                   |
| de l'argent liquide en main, des chèques non encaissés ou des cartes de crédit prépayées?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                          | Montant           | \$ _____                          |
| des chèques en circulation ou avez-vous autorisé le prélèvement automatique de paiements sur votre compte pour les frais de logement (ex. : hypothèque, loyer, chauffage, électricité, autre forme d'énergie)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Type de frais            | Montant           | Date prévue du paiement           |
|  |   | _____                    | \$ _____          | Année _____ Mois _____ Jour _____ |
|  |   | _____                    | \$ _____          | _____                             |
|  |   | _____                    | \$ _____          | _____                             |
| des obligations, des actions, des dépôts à terme ou d'autres placements?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Description              | Valeur            | \$ _____                          |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |
| des sommes qui vous sont dues?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Description              | Montant           | \$ _____                          |
|  |   | _____                    | _____             | \$ _____                          |

**Section 8 - AFFIRMATION SOLENNELLE**

➤ **J'affirme solennellement** que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de toute modification à ma situation.

➤ **J'ai pris connaissance** des renseignements qui figurent à la page 2 du présent formulaire et je m'engage à respecter mes obligations.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

➤ **J'autorise** le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale à transmettre à mon CLSC une copie de toute décision qui sera rendue concernant mon admissibilité au programme, incluant les sommes versées et les motifs d'acceptation ou de refus.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature