



Supporting Child Inclusion and Participation

**APPLICATION FOR INCLUSION STAFF:  
ONE-TO-ONE SUPPORT RENEWAL FORM**

This form may be used to request continuation of funding for a staff member to support one child who has been supported by SCIP funding in the previous fiscal year.

Programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants

**DEMANDE D'EMBAUCHE DE PERSONNEL  
RESPONSABLE DE L'INCLUSION :  
RENOUVELLEMENT DU SOUTIEN INDIVIDUEL**

Le présent formulaire sert à demander la poursuite du financement pour l'embauche d'un employé en soutien individuel lorsqu'un financement a été accordé au titre du PSIEP lors de l'exercice financier précédent.

**Applicant Contact Information / Coordonnées du demandeur**

|                                                                                                                                     |                      |                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| Name of Organization:<br>Nom de l'organisation :                                                                                    |                      | License No.:<br>N° de permis :      |  |
| Full Name:<br>Nom complet :                                                                                                         |                      | Position/Title:<br>Titre de poste : |  |
| Phone:<br>Téléphone :                                                                                                               | Email:<br>Courriel : | Fax:<br>Télécopieur :               |  |
| Mailing Address (include no., street, apt. no., PO box, postal code):<br>Adresse postale (numéro, rue, appartement, case postale) : |                      |                                     |  |

**SCIP One-to-One Inclusion Staff Renewal Request**

**Demande de renouvellement au titre du PSIEP – personnel responsable de l'inclusion (soutien individuel)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Inclusion staff funding received to date:<br>Financement obtenu à ce jour pour l'embauche de personnel responsable de l'inclusion : _____                                                                                                                                   |  |                                                                                        |  |
| Child's Name:<br>Nom de l'enfant :                                                                                                                                                                                                                                          |  | Date of Birth (yyyy/mm/dd):<br>Date de naissance (aaaa-mm-jj) :                        |  |
| Previous Funding Start (yyyy/mm/dd):<br>Début du financement précédent (aaaa-mm-jj) :                                                                                                                                                                                       |  | Previous Funding End Date (yyyy/mm/dd):<br>Fin du financement précédent (aaaa-mm-jj) : |  |
| Briefly describe why this child continues to require one-to-one support:<br>Expliquez brièvement pourquoi l'enfant a encore besoin d'un soutien individuel :                                                                                                                |  |                                                                                        |  |
| Amount of Staffing Requested:<br>Nombre d'employés requis : <input type="checkbox"/> Part-time 'one-to-one' staff<br>Personnel de soutien individuel à temps partiel <input type="checkbox"/> Full-time 'one-to-one' staff<br>Personnel de soutien individuel à temps plein |  |                                                                                        |  |
| How often will they attend?<br>Fréquentation <input type="checkbox"/> Half Days<br>Demi-journées <input type="checkbox"/> Full Days<br>Journées entières <input type="checkbox"/> Other (please describe):<br>Autre (veuillez préciser) : _____                             |  |                                                                                        |  |
| Renewed Funding Start Date (yyyy/mm/dd):<br>Début du financement renouvelé (aaaa-mm-jj) :                                                                                                                                                                                   |  | Renewed Funding End Date (yyyy/mm/dd):<br>Fin du financement (aaaa-mm-jj) :            |  |
| Will this child be entering JK/K within this fiscal year?<br>L'enfant entrera-t-il à la préscolaire ou à la maternelle au cours de cet exercice financier? <input type="checkbox"/> Yes<br>Oui <input type="checkbox"/> No<br>Non                                           |  |                                                                                        |  |
| Total estimated number of hours requested for Inclusion Staff support:<br>Nombre total estimé d'heures requises pour que le personnel responsable de l'inclusion offre le soutien nécessaire : _____                                                                        |  |                                                                                        |  |
| Staff Name (if known):<br>Nom du membre du personnel (si vous le connaissez) :                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                        |  |
| Certification Level (if known):<br>Niveau de certification (si vous le connaissez) :                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                        |  |

| Application Checklist                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Liste de vérification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Please ensure you include the following supporting documents to be considered for funding:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Staff to Support Child Participation Application Form</p> <p><input type="checkbox"/> SCIP Recommendation Form*:<br/>           This form is requested to demonstrate need for an inclusion staff and to provide program operators with strategies to support child participation their early learning environment. It can be completed by a specialist in early childhood who is external to the program requesting the funds including a pediatrician, rehabilitation specialist, diagnostic clinic, or regional Early Childhood Consultant.</p> <p><i>* Submit only if original SCIP funding start date is more than 8 months prior to renewal request.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><b>Veillez vous assurer d'inclure les pièces justificatives suivantes pour que votre demande de financement soit prise en compte :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Formulaire de demande de personnel supplémentaire afin de favoriser la participation des enfants</p> <p><input type="checkbox"/> Formulaire de recommandation du PSIZE* :<br/>           Ce formulaire est requis pour démontrer la nécessité d'embaucher du personnel responsable de l'inclusion et pour fournir aux exploitants des stratégies visant à favoriser la participation des enfants dans un environnement d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Il peut être rempli par un spécialiste de la petite enfance externe à la garderie qui présente la demande de financement. Il peut notamment s'agir d'un pédiatre, d'un spécialiste de la réadaptation, d'une personne travaillant dans un centre de diagnostic ou d'un conseiller régional en petite enfance.</p> <p><i>* À inclure uniquement si le premier financement obtenu au titre du PSIZE a débuté plus de huit mois avant le dépôt de la demande de renouvellement.</i></p>                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Declaration and Consent</b></p> <p><input type="checkbox"/> I certify that the information I have provided is true and accurate. I understand that if successful in this application, that my organization will provide annual reporting to the Department of Education, Culture and Employment.</p> <p><input type="checkbox"/> I understand this information is being collected under the authority of the <i>Access to Information and Protection of Privacy (ATIPP) Act</i>, sections 40(c)(i) and 41(1)(g) and will be used to determine eligibility for funding supports, to assist with the development of those supports, to verify implementation, and to evaluate the impact of the SCIP funding program and for the general administration and enforcement of this program. The privacy provisions of the <i>ATIPP Act</i> protect my information, and I have the right to examine and request correction of my records and to request a review by the Information and Privacy Commissioner. If you have any questions about the collection of the information, contact the Director of Early Learning and Child Care, Department of Education, Culture and Employment at 867-767-9354.</p> | <p><b>Déclaration et consentement</b></p> <p><input type="checkbox"/> J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je comprends que si la demande est acceptée, mon organisation devra fournir un rapport annuel au ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation.</p> <p><input type="checkbox"/> Je comprends que ces informations sont recueillies en vertu du sous-alinéa 40c)(i) et de l'alinéa 41(1)g) de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)</i>; elles seront utilisées pour déterminer l'admissibilité au financement, aider à l'élaboration des mesures de soutien, vérifier la mise en œuvre, et faire le suivi des retombées du programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants et pour l'administration générale de ce programme. Les dispositions de la LAIPVP relatives à la confidentialité protègent mes renseignements personnels, et j'ai le droit d'examiner mon dossier et de demander qu'on y apporte des corrections ainsi que de demander au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'examiner. Si vous avez des questions sur la collecte de renseignements, communiquez avec le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation par téléphone au 867-767-9354.</p> |
| <p><b>X</b></p> <p>Signature of Applicant / Signature du demandeur</p> <p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa-mm-jj)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>X</b></p> <p>Signature of Child's Guardian / Signature du parent ou du tuteur de l'enfant</p> <p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa-mm-jj)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>X</b></p> <p>Signature of Witness / Signature du témoin</p> <p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa-mm-jj)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Submit your Application                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Soumettre votre demande                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>We recommend you contact an <a href="#">Early Childhood Consultant</a> to discuss your application before you apply.</p> <p>Submit your application by Secure File Transfer using FileDrop.</p> <p>To use FileDrop:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Save the application form to your computer.</li> <li>• Fully complete the application form.</li> <li>• Follow this <a href="#">link</a> to Filedrop. Authenticate your email and then upload your application to FileDrop.</li> </ul> | <p>Nous vous recommandons de communiquer avec un <a href="#">conseiller en petite enfance</a> pour discuter de votre demande avant de la soumettre.</p> <p>Veuillez soumettre votre demande par l'intermédiaire de FileDrop (site de transfert sécurisé de fichiers) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauvegardez le formulaire de demande sur votre ordinateur.</li> <li>• Remplissez-le dans son intégralité.</li> <li>• Cliquez sur ce <a href="#">lien</a> pour accéder à Filedrop; vous devrez vous authentifier à l'aide de votre adresse courriel, puis vous pourrez téléverser votre formulaire de demande.</li> </ul> |

| INTERNAL USE ONLY / PARTIE RÉSERVÉE POUR USAGE INTERNE   |                          |                             |                        |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Date Submitted:                                          |                          | Date Reviewed by Committee: |                        |
| Funding Amount Requested:                                | Funding Amount Approved: |                             | Date Funding Released: |
| Support Documentation:                                   | Support Source (name):   |                             |                        |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                          |                             |                        |