



CANADA STUDENT LOANS PROGRAM

PROGRAMME CANADIEN DE PRÊTS AUX ÉTUDIANTS

APPLICATION FOR THE GRANT FOR SERVICES AND EQUIPMENT FOR STUDENTS WITH PERMANENT DISABILITIES

DEMANDE DE BOURSE SERVANT À L'ACHAT D'ÉQUIPEMENT ET DE SERVICES POUR ÉTUDIANTS AYANT UNE INCAPACITÉ PERMANENTE

PERSONAL INFORMATION - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

		SIN - N.A.S.
Surname - Nom de famille	Given Name(s) - Prénom(s)	Date of Birth - Date de naissance Y - A M D - J
Address - Adresse		City - Ville
Province	Postal Code - Code postal	Area code & Telephone No. - Indicatif régional et N° de téléphone
Name of Educational Institution - Nom de l'établissement d'enseignement		Student Number - Matricule de l'étudiant
Course Load (no less than 40 % if full-time; no less than 20 % if part-time) Pourcentage de cours suivis (pas moins de 40 % pour un programme à temps plein et de 20 % pour un programme à temps partiel)		

EXCEPTIONAL EDUCATION-RELATED COSTS

NOTE: Support is limited to the services and equipment noted below and is dependent on the nature of the disability(ies). Check the appropriate boxes below:

DÉPENSES EXCEPTIONNELLES LIÉES AUX ÉTUDES

REMARQUE : L'aide est limitée aux services et à l'équipement énumérés ci-dessous et dépend de la nature de l'incapacité/des incapacités. Cocher les cases appropriées :

NATURE OF DISABILITY - NATURE DE LA DÉFICIENCE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deaf, Hard of Hearing
Surdité, déficience auditive | <input type="checkbox"/> Physical Disability
Déficience physique |
| <input type="checkbox"/> Blind, Visually Impaired
Cécité, déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Learning Disability
Troubles d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Other (eg. head injury, mental illness). Specify:
Autre (p. ex. : traumatisme crânien, maladie mentale). Préciser : _____ | |

SERVICES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Note Taker
Preneur de notes | <input type="checkbox"/> Interpreter (oral, sign)
Interprète (oral, gestuel) |
| <input type="checkbox"/> Tutor
Tuteur | <input type="checkbox"/> Attendant for studies
Services d'auxiliaire pour les études |
| <input type="checkbox"/> Reader
Lecteur | <input type="checkbox"/> Specialized Transportation (to/from Institution only)
Transport adapté
(entre l'établissement et le domicile seulement) |

EQUIPMENT - ÉQUIPEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Technical Aids (eg. computer, braille). Specify:
Aides techniques (p. ex.: ordinateur, appareil de transcription en braille). Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Alternate Formats (eg. large or braille print)
Supports de substitution (p. ex. : gros caractères ou braille) |
|--|---|

THIS APPLICATION WILL NOT BE ASSESSED UNLESS ALL OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION IS SUBMITTED WITH THIS FORM.

CETTE DEMANDE NE SERA PAS ÉVALUÉE SI LE FORMULAIRE N'EST PAS ACCOMPAGNÉ DE TOUTE LA DOCUMENTATION SUIVANTE.

A - PROOF OF ENROLLMENT

- A Canada Student Loans Program Certificate of Eligibility and Canada Student Loan Agreement (issued for the current academic year), signed by the designated educational institution at which you are enrolled; or,
- A Canada Student Loans Program Schedule 2, Confirmation of Enrolment Form, signed by the designated educational institution at which you are enrolled.

A - PREUVE D'INSCRIPTION

- un Certificat d'admissibilité et contrat de prêt d'études canadien du Programme canadien de prêt aux étudiants (c'est-à-dire un Certificat d'admissibilité délivré pour l'année scolaire en cours) signée par le responsable de l'établissement d'enseignement où vous êtes inscrit; ou
- une annexe 2 du Programme canadien de prêt aux étudiants (c'est-à-dire une Confirmation d'inscription) signée par le responsable de l'établissement d'enseignement où vous êtes inscrit.

B - STATEMENT OF DISABILITY

describing the type of disability and whether it is expected to be permanent.

- A medical certificate, OR
- A learning disability assessment, OR
- A document proving that you receive federal and/or provincial disability assistance.

B - PREUVE D'INCAPACITÉ

décrivant la nature et le caractère permanent de l'incapacité.

- Certificat médical; OU
- Certificat attestant un trouble d'apprentissage; OU
- Document prouvant que vous recevez des prestations d'invalidité fédérales et/ou provinciales.

C - CONFIRMATION OF NEED

for disability-related services or equipment. To be completed by one of the following:

- A Vocational Rehabilitation Services (VRS) case worker;
- An official at a centre for students with disabilities;
- A guidance counsellor or financial aid administrator at the post-secondary institution you are attending.

C - CONFIRMATION DU BESOIN

de services ou d'équipement en raison de votre incapacité. À remplir par l'une des personnes suivantes :

- un agent de traitement des cas des Services de réadaptation professionnelle (SRP);
- un responsable d'un centre pour étudiants handicapés;
- un conseiller d'orientation ou un administrateur de l'aide financière de l'établissement d'enseignement postsecondaire que vous fréquentez.

D - DETAILED COST ESTIMATES

(usually 2 separate sources) for the exceptional education-related costs identified above.

D - ESTIMATION DÉTAILLÉE DES DÉPENSES EXCEPTIONNELLES LIÉES AUX ÉTUDES

indiquées plus haut (faite habituellement par deux sources différentes).

FOR PROVINCIAL USE ONLY - RÉSERVÉ AUX AUTORITÉS PROVINCIALES

<input type="checkbox"/> Assessed and qualifies for CSL/provincial assistance A été évalué et jugé admissible à un prêt d'études du PCPÉ/à une aide provinciale					Institution Code Code de l'établissement					
FOS Domaine d'études		No. of Wks of Study Nbre de semaines d'études		Period of Studies Période d'études		Period of Studies End Date Date d'expiration de la période d'études		Y - A	M	D - J
				Of De						
Provincial Student Loan Approved Prêt d'études provincial approuvé				\$		Provincial Grant Approved Subvention provinciale approuvée				\$
CSL Approved Prêt d'études du PCPÉ approuvé				\$		Federal Grant Approved Subvention fédérale approuvée				\$

 Signature of Financial Aid Administrator
 Signature du responsable de l'aide financière aux étudiants

 Date (Y-M-D / A-M-J)

If I receive a grant for my exceptional education-related costs, I hereby agree to provide, by the end of my study period, receipts showing that funds were spent for their intended purposes.

Si je bénéficie d'une subvention au titre des dépenses exceptionnelles liées aux études, je consens, par la présente, à fournir à la fin de ma période d'études, des reçus prouvant que la somme a été dépensée aux fins auxquelles elle était destinée.

 Student's Signature - Signature de l'étudiant

 Date (Y-M-D / A-M-J)

Bourse canadienne pour étudiants servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente



La demande sera seulement traitée quand tous les documents énumérés ci-après auront été soumis.

- Demande de bourse canadienne pour étudiants servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente
- Estimation des coûts pour les services spéciaux ou l'équipement spécialisé
- Formulaire de demande de services (s'il y a lieu)
- Documents médicaux (si les documents n'ont pas été soumis auparavant)

Numéro d'assurance sociale

Prénom _____ Nom de famille _____ Initiales _____

RÉSUMÉ DE L'ESTIMATION DES COÛTS

- Liste pour l'équipement et les services demandés.
- Il faut une estimation pour chaque service.
 - Il faut deux estimations pour chaque pièce d'équipement.

Article	Coût	Nom du fournisseur
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____

Poster le formulaire dûment rempli aux :

Services financiers pour étudiants
Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
C. P. 6000, 440, rue King
Fredericton (N.-B.) E3B 5H1



FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICES



Tutorat, prise de notes, lecture, soins auxiliaires, interprétation, documents d'autres formats

Les renseignements apparaissant sur le présent formulaire serviront au traitement de vos demandes de financement de services pouvant être disponibles grâce à la Bourse canadienne pour étudiants servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente. Veuillez utiliser un formulaire distinct pour chaque catégorie de service demandée.

La demande ne peut être traitée si le nom du fournisseur de services n'apparaît pas.

Numéro d'assurance sociale

Prénom _____ Nom de famille _____ Initiales _____

Demande de service _____

PREMIER SEMESTRE

DEUXIÈME SEMESTRE

Cours	Heures par semaine	Nombre de semaines	\$ de l'heure	Total	Cours	Heures par semaine	Nombre de semaines	\$ de l'heure	Total
Coût total pour le premier semestre					Coût total pour le deuxième semestre				

Je comprends que le financement des services approuvés peut être fourni sous forme de versements. Le second, si nécessaire, ne sera fait qu'au moment où il sera demandé, et la demande devra être accompagnée des reçus indiquant l'utilisation faite du premier versement.

Les reçus doivent comporter les dates et les heures des utilisations.

Signature (à l'encre) _____

Date

AAAA	MM	JJ

Nom du fournisseur de services _____



FEUILLE DE TRAVAIL DE RÉCONCILIATION DES COMPTES

ÉCHÉANCE

La présente feuille de travail ainsi que **tous** les reçus doivent être soumis d'ici à la fin de votre période d'études courante. Si vous ne fournissez pas les reçus ou que vous ne remettez pas le montant de la bourse non utilisé, vous aurez un trop-versé, ce qui nuira à votre admissibilité future pour cette bourse.

Numéro d'assurance sociale

Prénom Nom de famille

DIRECTIVES

- Veillez conserver tous les reçus et les soumettre en même temps avec la présente feuille de travail dûment remplie.
- Vos reçus doivent préciser que vous avez acheté des services et de l'équipement approuvés au cours de la période d'études courante.
- Veillez soumettre **seulement les reçus qui précisent que les montants sont payés**. Les factures seules **ne seront pas** acceptées.
- Veillez inscrire votre nom et votre numéro d'assurance sociale sur tous les reçus.
- Veillez remplir la feuille de travail (voir l'exemple ci-dessous).

Type de service ou d'équipement	Montant reçu dans le cadre de la bourse	Montant de la bourse utilisé	Reçus ci-joints	Montant inutilisé de la bourse qui est retourné
Claroread	500 \$	500 \$	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	0 \$
Tuteur	1 200 \$	1 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	200 \$
Montant inutilisé total de la bourse qui est retourné				200 \$

- Si une partie de la bourse n'a pas été utilisée, vous devez la **rembourser**. Veuillez établir votre chèque ou mandat à l'ordre du ministre des Finances et l'envoyer, avec la feuille de travail dûment remplie et tous les reçus, à l'adresse suivante :

Services financiers pour étudiants
 À l'attention de : Programme BCE IPSE
 Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
 Place Kings
 440, rue King, bureau 420
 Fredericton (N.-B.) E3B 5H8

Type de service ou d'équipement	Montant reçu dans le cadre de la bourse	Montant de la bourse utilisé	Reçus ci-joints	Montant inutilisé de la bourse qui est retourné
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Montant inutilisé total de la bourse qui est retourné				

REMARQUE : Si vous n'avez aucun montant inutilisé de la bourse, vous pouvez soumettre la feuille de travail dûment remplie ainsi que tous les reçus par courriel à SFS-SFE.PD-IP@gnb.ca.

