

Programme d'aide financière aux étudiants intégrés Canada-Nouveau-Brunswick

Formulaire d'évaluation médicale

Objet du présent formulaire

Le présent formulaire sert à recueillir des renseignements sur votre invalidité, y compris la documentation d'un évaluateur médical qualifié (un médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé). Ces renseignements permettent de vérifier votre statut à titre de personne ayant une invalidité permanente pour les fins de l'aide financière aux étudiants.

Si votre demande est approuvée, vous pourriez recevoir d'autres fonds liés à votre invalidité par la voie de la bourse pour les étudiants ayant une invalidité permanente. Vous pourriez aussi avoir droit à d'autres fonds par la voie de la bourse servant à l'achat d'équipement et de services pour les étudiants qui ont une invalidité permanente. Ce programme, pour lequel il faut présenter une demande distincte, aide les étudiants avec les coûts des services et de l'équipement éducatifs liés à l'invalidité comme les preneurs de notes, les tuteurs ou les aides techniques. Une copie de la demande est accessible à aideauxetudiants.gnb.ca.

*Une **invalidité permanente**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, est une limitation fonctionnelle causée par un état d'incapacité physique ou mentale qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études de niveau postsecondaire ou au marché du travail et dont la durée prévue est la durée de vie probable de celle-ci.*

Remarque : Toutes les affections médicales ne sont pas considérées comme une invalidité permanente aux fins des programmes d'aide financière aux étudiants ayant une invalidité permanente.

Comment remplir ce formulaire

Le formulaire comprend deux parties : la section A et la section B.

- Remplissez la section A, y compris la déclaration et le consentement que vous devez signer et dater.
- Faites remplir la section B par un évaluateur médical qualifié. Le professionnel de la santé qualifié approprié pour chaque type d'invalidité est précisé dans la section B.

Normalement, vous devez remplir le formulaire une fois seulement. Les frais qui vous seront imposés pour remplir ce formulaire sont votre responsabilité et ne seront pas remboursés par les Services financiers aux étudiants.

Étudiants ayant les troubles d'apprentissage

Les étudiants présentant une demande de bourse pour étudiants ayant une invalidité permanente sur la base d'un diagnostic de trouble d'apprentissage doivent présenter une évaluation psychopédagogique effectuée par un psychologue agréé. Pour cette demande, votre évaluation psychopédagogique doit avoir été effectuée dans les cinq années suivant la date de la demande ou à l'âge de 18 ans ou plus. Vous n'êtes pas obligé de faire remplir la section B du formulaire par un évaluateur médical. Vous devrez remplir la section A du formulaire et joindre une copie de l'évaluation psychopédagogique.

Date limite pour soumettre le formulaire

Le formulaire dûment rempli doit être reçu par les Services financiers pour étudiants au plus tard six semaines avant la fin de votre période d'études, car les fonds ne peuvent pas vous être remis après la date de fin de votre période d'études.

Votre demande d'aide financière aux étudiants ne sera pas traitée tant que tous les documents ont été reçus.

Si vous rencontrez des difficultés à obtenir les documents requis, veuillez contacter les Services financiers pour étudiants au 1-800-667-5626.

Les formulaires dûment remplis et les documents justificatifs peuvent être soumis par voie électronique en visitant le site Web aideauxetudiants.gnb.ca et en cliquant sur *Téléverser un document*. Sinon, vous pouvez les soumettre par télécopieur ou par la poste aux Services financiers pour étudiants.

Coordonnées

SERVICES FINANCIERS POUR ÉTUDIANTS

Adresse postale :	Services financiers pour étudiants Éducation postsecondaire, Formation et Travail C.P. 6000, 440, rue King, Bureau 420 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1
Télécopieur :	506-444-4333
Téléphone :	506-453-2577 (région de Fredericton ou extérieur de la zone d'appel sans frais) 1-800-667-5626 (autres régions du N.-B., provinces de l'Atlantique et vers l'ouest du pays jusqu'au centre de l'Ontario)
Heures de service de par téléphone :	8 h à 19 h 30 du lundi au vendredi de 9 h à 13 h le samedi
Site Web :	aideauxetudiants.gnb.ca

SECTION A – À REMPLIR PAR TOUS LES DEMANDEURS

Partie 1 : Renseignements sur le demandeur

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____

Prénom légal

Nom de famille légal

Initiale du second prénom

Adresse postale

Adresse municipale/C.P.

N° d'appartement

Ville/Village

Province/Territoire

Pays (autre que le Canada)

Code postal

Indicatif régional et n° de téléphone : _____

Renseignements sur le programme

Nom de l'établissement d'enseignement postsecondaire : _____

Nom du programme : _____

Date de début du programme (aaaa-mm) : _____

Veillez cocher la case appropriée.

- C'est la première fois que je présente une demande en tant qu'étudiant ayant une invalidité permanente.
- Ma demande précédente a été refusée, et je fournis maintenant des renseignements supplémentaires ou ma situation a changé.

Partie 2 : Déclaration du demandeur au sujet des limites et des restrictions

Veillez expliquer comment vous serez limité(e) dans votre capacité d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études de niveau postsecondaire et veuillez décrire les obstacles que vous devrez surmonter. Veillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie si vous remplissez à la main.

Partie 3 : Déclaration et consentement du demandeur

À remplir par tous les demandeurs.

Je comprends que le présent formulaire fait partie de ma demande d'aide financière aux étudiants et comprend donc toutes les modalités énoncées dans la demande d'aide financière aux étudiants pour des études à temps plein ou à temps partiel.

En plus des modalités énoncées dans la demande d'aide financière aux étudiants pour des études à temps plein ou à temps partiel, je comprends aussi que :

J'atteste que, à ma connaissance, tous les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets. Je comprends qu'il s'agit d'une infraction de fournir des renseignements faux ou trompeurs.

J'autorise le médecin ou tout autre professionnel de la santé réglementé qui a rempli la section B du présent formulaire à fournir les renseignements personnels sur la santé au ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère) et, si l'exige le Ministère, à fournir d'autres renseignements personnels sur la santé ayant trait à mon invalidité ou aux besoins liés à mon invalidité.

J'autorise le Ministère à communiquer avec le médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé si les renseignements personnels sur la santé qu'il a fournis ne sont pas clairs ou sont illisibles. La présente autorisation est limitée et ne s'étend pas à l'autorisation au Ministère à recueillir les renseignements personnels sur la santé auprès de mon médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé qui ne se rattache pas au présent formulaire ou à tout document connexe que j'ai soumis.

Je comprends que les renseignements que je fournis, y compris les renseignements personnels sur la santé fournis par mon médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé, peuvent être vérifiés.

CONSETEMENTS RELATIFS AUX RENSEIGNEMENTS

Les renseignements personnels sont recueillis et utilisés pour l'administration du Programme canadien de prêts aux étudiants (PCPE) en vertu de la *Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants* (LFAFÉ) et de la *Loi fédérale sur les prêts aux étudiants* (LFPÉ). Vos renseignements personnels qui sont sous le contrôle du Canada seront administrés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (Canada).

En vertu de la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire*, 2007, c. P -9.315, le Ministère recueille, consulte, utilise, communique et protège les renseignements que vous fournissez conformément au paragraphe 46(1) de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP), L.N.-B. 2009, c. R -10.6; au paragraphe 37(1) de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, L.N.-B. 2009, c. P -7.05 (LAPRPS); et à la *Politique de gestion des documents et dossiers* du Ministère afin d'administrer de programmes et de services.

CETTE DÉCLARATION ET CE CONSENTEMENT ONT DEUX PAGES.

VEUILLEZ APOSER VOS INITIALES POUR CONFIRMER QUE VOUS AVEZ LU LA PREMIÈRE PAGE _____

Je consens à ce que le Ministère recueille seulement autant de renseignements personnels qui sont raisonnablement nécessaires et utilise mes renseignements pour les fins suivantes :

- Traiter ma demande d'aide financière aux étudiants;
- Déterminer et vérifier mon admissibilité à l'aide financière aux étudiants;
- Administrer toute aide financière aux étudiants qui m'est accordée, y compris le remboursement ou le recouvrement du montant à rembourser;
- Mener la recherche et l'évaluation des programmes d'aide financière aux étudiants;
- Utiliser leurs pouvoirs et assumer leurs responsabilités conformément à la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire* et des règlements connexes;
- Appliquer et exécuter la *Loi sur l'aide financière aux étudiants du postsecondaire* et des règlements connexes;
- Confirmer mon identité pour ma demande d'aide financière aux étudiants des gouvernements fédéral et provincial.

Je comprends que, dans le but d'atteindre ces objectifs, il est possible que mes renseignements personnels doivent être communiqués. Je consens par la présente à ce que le Ministère échange des renseignements personnels à mon sujet recueillis pour ma demande d'aide financière avec tout ministère du gouvernement du Nouveau-Brunswick, avec le gouvernement de toute autre province ou tout autre territoire du Canada, avec le gouvernement canadien, tout fournisseur de service, tout établissement d'enseignement, toute institution financière, et tout autre organisme ou personne.

Je comprends que je peux annuler mon consentement par écrit à tout moment et que, ce faisant, je comprends que je ne pourrai plus participer au programme en raison de ses exigences administratives et des exigences établies par *l'Accord d'intégration Canada-Nouveau-Brunswick pour le programme de prêts étudiants* et en conformément à la LDIPVP.

Si vous avez des questions sur la façon dont vos renseignements personnels sont recueillis ou utilisés, vous pouvez communiquer avec la gestionnaire, Liaison avec les programmes et Assurance de la qualité, au 506-453-2713.

J'ai lu l'information susmentionnée dans son intégralité. Je reconnais que cette autorisation est valide pendant la durée de ma participation aux programmes ou services et de la surveillance à cet égard.

X _____
Signature du demandeur

Date

Présentez-vous une demande en tant qu'étudiant ayant un **trouble d'apprentissage SEULEMENT?**

Oui Non

Si oui : • remplissez la **section A SEULEMENT.**

- soumettez une confirmation de votre trouble d'apprentissage sous la forme d'une copie de votre évaluation psychopédagogique (réalisée dans les cinq années suivant la date de la demande ou à l'âge de 18 ans ou plus qui confirme un trouble d'apprentissage et énumère les obstacles).

Si non : • demandez à un évaluateur médical qualifié de remplir la section B.

SECTION B – VÉRIFICATION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE

À remplir par l'évaluateur médical qualifié comme précisé.

Le présent formulaire servira à déterminer l'admissibilité de votre patient à l'aide financière aux étudiants ayant une invalidité permanente. L'admissibilité au financement est basée sur la permanence de l'invalidité du patient et de l'impact fonctionnel quotidien de l'invalidité sur sa capacité de participer dans un milieu d'études postsecondaires.

Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et répondre complètement à toutes les questions ci-dessous en fournissant de l'information sur les limitations fonctionnelles de votre patient. Les formulaires qui sont incomplets ou qui ne fournissent pas assez d'information se traduiront par un refus ou des retards dans le financement. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une lettre avec les renseignements supplémentaires. Notez que le patient est responsable des frais engagés pour faire remplir le présent formulaire.

Nom au complet du patient : _____

Date de naissance du patient (aaaa-mm-jj) : _____

Depuis quand traitez-vous cette personne pour ces affections médicales? _____

Date de début de l'invalidité (s'il y a lieu) : _____

L'invalidité est-elle permanente au sens de la définition ci-dessous? Oui Non

Une **invalidité permanente**, aux fins de l'aide financière aux étudiants, est une limitation fonctionnelle causée par un état d'incapacité physique ou mentale qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études de niveau postsecondaire ou au marché du travail et dont la durée prévue est la durée de vie probable de celle-ci.

Sévérité et pronostic

Expliquez la sévérité et le pronostic du diagnostic médical :

Sévérité
Pronostic

Type d'invalidité (cochez toutes les invalidités qui s'appliquent)

- Trouble déficitaire de l'attention (TDA) / trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)**
Formulaire à remplir par un médecin ou une infirmière praticienne.
- Déficience cognitif** (ex. : lésion cérébrale acquise, déficience intellectuelle)
Formulaire à remplir par un médecin, une infirmière praticienne ou un médecin spécialiste.
- Trouble envahissant du développement** (autisme, syndrome d'Asperger, troubles neurologiques)
Formulaire à remplir par un médecin, une infirmière praticienne, un psychologue ou un psychiatre.
- Déficience auditive**
Formulaire à remplir par un audiologiste certifié.
Niveau de perte auditive dans la meilleure oreille (cochez les cases appropriées)
 Légère Modérée Grave Profonde
 La perte auditive gêne le patient dans son apprentissage
 Utilise des prothèses auditives
 Pourrait bénéficier de dispositifs d'amplification dans l'environnement scolaire ou le milieu de travail.
- Déficience visuelle**
Formulaire à remplir par un ophtalmologiste ou un optométriste.
 Acuité visuelle de 6/21 (20/70) ou moins dans le meilleur œil après correction
 Champ visuel de 20 degrés ou moins
 Maladie oculaire progressive qui pourrait entraîner l'un des états susmentionnés au cours des deux prochaines années
 Vision de près pour la lecture de caractères d'imprimerie de _____
- Mobilité/agilité réduite** (traumatisme médullaire, spina-bifida, arthrite, sclérose en plaques, blessure aux tissus mous, etc.)
Formulaire à remplir par un médecin ou une infirmière praticienne.
- Troubles psychiatriques ou psychologiques**
Formulaire à remplir par un psychologue clinicien, un psychiatre, un médecin ou une infirmière praticienne.
- Déficience neurologique** (paralysie cérébrale, épilepsie, tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, etc.)
Formulaire à remplir par un neurologue, un psychiatre ou un médecin ou une infirmière praticienne.
- Autre invalidité permanente / troubles de santé chroniques** (précisez)

Impact de l'invalidité sur le fonctionnement quotidien (par rapport à un cadre éducatif)

○ Impact physique (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Se tenir debout S'asseoir Ambulation (cane, fauteuil roulant, marchette, béquille)
- Fatigue Monter les escaliers Soulever/porter/tendre le bras
- Écriture Saisie au clavier Empoigner/agripper/dextérité
- Autre (précisez) _____

Description des activités quotidiennes nécessaires au cours d'études postsecondaires qui sont restreintes par l'invalidité du patient. Indiquez les limitations, la fréquence et le niveau de sévérité.

○ Impact cognitif/comportemental (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Attention et concentration Traitement de l'information (verbale et écrite)
- Gestion du stress Organisation et gestion du temps
- Mémoire Interactions sociales
- Fatigue Communication
- Autre (précisez) _____

Description des activités quotidiennes nécessaires au cours d'études postsecondaires qui sont restreintes par l'invalidité du patient. Indiquez les limitations, la fréquence et le niveau de sévérité.

Médicaments

Est-ce que cette personne prend des médicaments sur ordonnance actuellement? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les effets secondaires (vigilance, concentration, nausée) qui pourraient nuire à la participation dans un cadre éducatif :

Mesures de soutien suggérées (doivent se rattacher à l'invalidité permanente dans un cadre éducatif)

- Cette personne pourrait bénéficier d'une charge de cours réduite.
- Services : La personne pourrait bénéficier de services spécialisés comme le tutorat, la prise de notes, l'interprétation gestuelle, l'interprétation orale, le sous-titrage en classe, les médias substituts afin de participer pleinement aux études postsecondaires. Veuillez préciser :

- Équipement : La personne pourrait bénéficier d'une technologie ou d'un équipement d'assistance comme un ordinateur ou un ordinateur portable, un enregistreur numérique, un système FM, un lecteur en braille, des logiciels spécialisés afin de participer pleinement aux études postsecondaires. Veuillez préciser :

Renseignements sur l'évaluateur médical

Nom de l'évaluateur médical qualifié : _____

Spécialité de l'évaluateur médical qualifié : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'agrément : _____

Timbre du professionnel :

Je certifie que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, exacts et complets et je comprends que les renseignements serviront à déterminer si mon patient est admissible aux programmes d'aide financière aux étudiants à l'intention des étudiants ayant une invalidité permanente.

X _____
Signature de l'évaluateur médical

Date (aaaa-mm-jj)