

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

Demande 2020-21

Si vous êtes un étudiant qui a une invalidité permanente et qui est inscrit dans un établissement d'enseignement postsecondaire, vous pourriez être admissible à la bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour les étudiants qui ont une invalidité permanente (BEC-AESIP). Cette bourse offre jusqu'à 20 000 \$ par année de programme pour acheter des services spécialisés et de l'équipement d'aide liés à l'éducation.

*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.

Admissibilité

Pour être admissibles, vous devez:

- Avoir demandé une aide financière aux étudiants et avoir établi votre admissibilité à une aide financière aux étudiants comme étudiant ayant une invalidité permanente; et
- Ne pas avoir de reçus à présenter aux fins des BEC-AESIP précédentes.

Si, durant le processus d'évaluation des besoins, vous êtes jugé non admissible à l'aide financière aux étudiants parce que vous avez suffisamment de ressources pour couvrir vos frais d'études et de subsistance, vous pourriez quand même avoir droit à une BEC-AESIP. Veuillez communiquer avec les Services financiers pour étudiants pour discuter des critères d'admissibilité.

Comment présenter une demande

- Remplissez la section A, y compris la déclaration et le consentement que vous devez signer et dater.
- Faites remplir la section B par un représentant de l'établissement d'enseignement qui est autorisé à confirmer votre inscription.
- Faites remplir la section C par le coordonnateur des services aux personnes ayant une invalidité de votre établissement d'enseignement ou par une organisation représentant les personnes ayant une invalidité (p. ex. Institut national canadien pour les aveugles).
- Fournissez au moins une estimation détaillée des coûts pour chaque type de service ou d'équipement demandé. Veuillez noter que les devis doivent être propres à vous.

Date limite pour soumettre le formulaire

Le formulaire dûment rempli et tous les documents à l'appui doivent être reçus 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 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.

Procédures suite à l'approbation

Vous devrez fournir les reçus qui montrent que vous avez acheté les services ou l'équipement nécessaires avec les fonds accordés à cette fin. Vous devez rembourser tout montant inutilisé de la bourse. Tous les reçus et les remboursements doivent accompagner la *Feuille de travail de réconciliation des comptes* au plus tard 30 jours après la date de fin de la période d'études. D'autres directives seront fournies dès que l'aide financière est approuvée.

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 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 : _____

Adresse de courriel : _____

Renseignements sur le programme

Nom de l'établissement d'enseignement postsecondaire : _____

Nom du programme : _____

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

Date de demande pour prêt étudiant (aaaa/mm/jj): _____

Qualifiez pour un prêt étudiant pour année académique 2020-21? Oui Non

Partie 2: Nature de la déficience

Cochez (✓) les cases appropriées.

Déficience physique

Cécité, déficience visuelle

Déficience neurologique

Déficience psychiatriques ou psychologiques

Troubles d'apprentissage

TDA / TDAH

Surdité, déficience auditive

Déficience cognitive

Autre (précisez) _____

Partie 3: Services et Équipements

Cochez (✓) tous les services et équipements requis.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preneur de notes | <input type="checkbox"/> TVCF |
| <input type="checkbox"/> Tuteur spécialisé | <input type="checkbox"/> Système d'écoute FM |
| <input type="checkbox"/> Lecteur | <input type="checkbox"/> Stylo intelligent |
| <input type="checkbox"/> Interprète | <input type="checkbox"/> Enregistreur vocale numérique |
| <input type="checkbox"/> Services d'auxiliaire pour les études | <input type="checkbox"/> Ensembles informatiques
(ordinateur/portable/tablette) |
| <input type="checkbox"/> Séances de stratégie d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Supports de substitution (gros caractères ou braille) |
| <input type="checkbox"/> Transport spécialisé | <input type="checkbox"/> Logiciel (précisez) _____ |

Remboursement de l'évaluation psychopédagogique

Si vous demandez un remboursement pour une évaluation psychopédagogique récente, veuillez compléter ce qui suit :

Date d'évaluation (aaaa/mm/jj) : _____

Coût d'évaluation : _____ \$

Remarque:

- L'évaluation doit avoir été effectuée dans les six mois suivant la date de la demande.
- L'évaluation doit indiquer clairement les obstacles/limitations qui peuvent avoir une incidence sur votre participation au postsecondaire.
- Le reçu officiel pour l'évaluation psychopédagogique est requis.
- Le remboursement est de 75% du coût d'une évaluation diagnostique confirmant une invalidité d'apprentissage, jusqu'à un maximum de 1 700\$.
- Vous ne serez pas remboursé pour la partie des coûts qui a été payée ou remboursée par une autre personne ou un régime d'assurance privé.

Partie 4 : Déclaration et consentement du demandeur

À remplir par tous les demandeurs

J'ai besoin d'obtenir le financement de la BEC-AESIP pour couvrir les coûts des services ou de l'équipement mentionnés dans la présente demande qui sont liés à mon invalidité. Je ne recevrai pas d'aide financière d'autres sources pour couvrir ces coûts.

Je comprends que je dois utiliser la BEC-AESIP reçue pour l'équipement ou les services indiqués dans la présente demande et je ne peux pas les remplacer par de l'équipement ou des services qui n'y sont pas indiqués.

J'accepte de soumettre une *Feuille de travail de réconciliation des comptes* dûment remplie et de fournir les reçus pour l'équipement et les services au plus tard 30 jours après la date de la fin de ma période d'études.

Si je ne fournis pas les reçus, je rembourserai, par mandat ou par chèque certifié payable à l'ordre du ministre des Finances, tous les fonds inutilisés pour la période d'études indiquée dans la présente demande. Je comprends que le défaut de me conformer à une telle demande peut m'empêcher de recevoir la BEC-AESIP.

Je comprends que je pourrais être tenu de rembourser la totalité ou une partie de la BEC-AESIP si les renseignements et les documents à l'appui de la présente demande se révèlent inexacts ou si les renseignements fournis changent, y compris ma période d'études ou ma charge de cours.

Je comprends que les renseignements que je fournis à l'égard de la présente demande feront l'objet d'une vérification et que tout changement découlant de cette vérification pourrait avoir une incidence sur mon admissibilité à la BEC-AESIP et le montant des fonds de BEC-AESIP qui m'ont été fournis. Je comprends aussi que je pourrais être tenu de rembourser la totalité ou une partie des fonds en question.

Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et complets. Je sais qu'il s'agit d'une infraction de fournir des renseignements faux ou trompeurs.

J'accepte d'aviser promptement par écrit le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail des changements apportés aux renseignements que j'ai fournis, y compris, mais sans s'y limiter, ceux liés à mon invalidité, aux services et à l'équipement dont j'ai besoin, à mon adresse, à mon établissement d'enseignement et à ma charge de cours, au fur et à mesure.

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).

CETTE DÉCLARATION ET CE CONSENTEMENT ONT DEUX PAGES.

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

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.

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, 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 des programmes ou services et de la surveillance à cet égard.

X _____
Signature du demandeur

Date

SECTION B – CONFIRMATION DE L'INSCRIPTION

À remplir par un représentant de l'établissement postsecondaire.

Nom au complet de l'étudiant : _____

Le présent formulaire sert à confirmer que l'étudiant susmentionné est inscrit comme étudiant à temps plein ou à temps partiel à cet établissement d'enseignement dans un cours d'études approuvé.

Nom de l'établissement d'enseignement : _____

Nom du représentant de l'établissement : _____

Titre du représentant de l'établissement : _____

N° de téléphone : _____ Adresse de courriel : _____

X _____

Signature du représentant de l'établissement

Date (aaaa/mm/jj)

Remarque:

- La confirmation de l'inscription peut être remplie dès que l'inscription de l'étudiant à son programme d'études est confirmée.
- Le présent formulaire doit être signé uniquement par un représentant de l'établissement qui est autorisé à confirmer l'inscription.

SECTION C – CONFIRMATION DU BESOIN

À remplir par le coordonnateur des services aux personnes ayant une invalidité de votre établissement d'enseignement ou par une organisation représentant les personnes ayant une invalidité (p. ex. INCA).

Nom au complet de l'étudiant : _____

Nom de l'établissement d'enseignement : _____

Nature de la déficience: _____

Demande de services

Fournissez des renseignements sur chaque service demandé. Joignez au moins une estimation pour chaque type de service. Les estimations doivent être conformes aux coûts standard et à la fréquence d'admissibilité.

Service Demandé (i.e. tuteur, preneur de notes)	Nom du cours / Code du cours	Date de début du cours (aaaa/mm/jj)	Date de fin du cours (aaaa/mm/jj)	Heures par semaine	Nombre de semaines*	\$ de l'heure	Montant Demandé
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
Montant total des services							\$

* Le nombre de semaines ne peut pas dépasser le nombre de semaines réelles d'études.

Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une autre feuille au présent formulaire.

Demande d'équipement

Fournissez une liste de tout équipement, logiciel d'assistance et d'aide technique requis ainsi que du coût.

Équipement Joignez au moins une estimation/un devis pour chaque article demandé.	Montant demandé
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
Montant total de l'équipement	\$

Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une autre feuille au présent formulaire.

Sommaire de la demande de services et d'équipement

Montant total des services	\$
Montant total de l'équipement	\$
MONTANT TOTAL DEMANDÉ	\$

Justification pour la demande de services et d'équipement

Veillez expliquer la manière dont l'équipement et les services spécialisés recommandés vont aider l'étudiant à surmonter ses limitations fonctionnelles dans un environnement d'études postsecondaires.

Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une autre feuille au présent formulaire.

L'approbation par coordonnateur des services aux personnes ayant une invalidité

Je, soussigné, déclare avoir rencontré l'étudiante susmentionnée. Nous avons discuté des services et de l'équipement nécessaires. Je confirme, par la présente, que l'étudiant a besoin, à mon avis, des mesures d'adaptation liées à l'éducation susmentionnées.

Nom du coordonnateur: _____

N° de téléphone : _____ Adresse de courriel : _____

X _____

Signature du coordonnateur

_____ Date (aaaa/mm/jj)