

Directives pour remplir le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

pour les étudiants ayant une invalidité permanente

Le présent formulaire doit être rempli par un évaluateur médical qualifié afin de vérifier l'invalidité permanente du demandeur et de déterminer son admissibilité aux bourses pour étudiants ayant une invalidité permanente et aux biens et aux services relatifs à la formation pendant ses études postsecondaires.

« **Invalidité permanente** » désigne 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 naturelle probable de celle-ci.

DEMANDEUR

- Remplissez les sections A et B à la page 2.
- Faites remplir les sections se rapportant à votre invalidité par l'évaluateur médical qualifié approprié. *Par exemple, si vous êtes malvoyant, votre formulaire doit être rempli par un ophtalmologiste ou un optométriste. Si vous avez une déficience auditive, votre formulaire doit être rempli par un audiologiste.* Vos limites et les obstacles que vous rencontrez dans votre programme d'études doivent être clairement précisés.
- Si dans le passé vous ne répondiez pas aux critères d'invalidité, si votre demande a été refusée parce que les renseignements fournis étaient insuffisants *ou* si votre invalidité n'était pas jugée permanente *ou* si les documents fournis n'étaient pas assez récents, vous devez fournir des renseignements additionnels *ou* à jour provenant de votre évaluateur médical exposant clairement les limites et les obstacles qui découleront de votre invalidité pendant vos études dans un établissement d'enseignement postsecondaire. Tous les documents médicaux envoyés à notre bureau dans le passé figurent dans votre dossier.
- Remettez le formulaire rempli ainsi que tous les autres documents justificatifs aux Services financiers pour étudiants.
- Un formulaire de demande séparé est requis si vous faites une demande pour l'équipement et les services.

ÉVALUATEUR MÉDICALE

Le présent *formulaire d'évaluation médicale* sera utilisé comme l'un des critères permettant de déterminer l'admissibilité de l'étudiant au Programme de bourses canadiennes pour étudiants ayant une invalidité permanente. Veuillez vous assurer que le diagnostic représente bien l'invalidité permanente de l'étudiant et qu'il énumère les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité.

- Veuillez remplir les sections appropriées se rapportant au diagnostic d'invalidité permanente.
- Tous les évaluateurs médicaux doivent remplir toutes les parties de la section J aux pages 5 et 6 et décrire clairement le(s) obstacle(s) à l'éducation lié(s) à l'invalidité ainsi que les interventions recommandées.

EXCEPTION POUR LES ÉTUDIANTS AYANT LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE

Les étudiants qui demandent des prestations d'invalidité permanente sous le Programme canadien de prêts aux étudiants basé d'un diagnostic d'un trouble d'apprentissage ne doivent pas remplir le *Formulaire d'évaluation médicale*. Ils doivent présenter une évaluation psychopédagogique effectuée par un psychologue agréé, au cours des cinq dernières années, (ou a complété lorsque l'étudiant avait 18 ans ou plus).

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Votre demande de prêt étudiant ne sera pas traitée tant que nous n'aurons pas reçu tous les documents pertinents. Les coûts associés à la complétion de ce formulaire sont la responsabilité du demandeur.

Tous les renseignements doivent être reçus au plus tard six semaines avant la fin de votre période d'études. Les fonds ne pourront pas vous être versés après la fin de votre période d'études.



SECTION A RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
À remplir par l'étudiant

Numéro d'assurance sociale Date de naissance | |
AAAA MM JJ

Prénom _____ Nom de famille _____ Initiale _____

Adresse

Adresse municipale ou case postale _____ N° d'appartement _____ Ville/village _____
N° de tél. () _____
Province/territoire _____ Pays _____ Code postal _____

Nom de l'établissement d'enseignement postsecondaire _____

Nom du programme _____ Vous êtes en _____ année d'un programme de _____ ans

Veillez cocher la case appropriée

- C'est la première fois que je présente une demande en tant qu'étudiant ayant une invalidité permanente.
- Je fais appel de la décision antérieure de mon statut d'invalidité et je fournis les renseignements exigés.

SECTION B DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT AU SUJET DES LIMITES ET DES RESTRICTIONS
À remplir par l'étudiant

Veillez expliquer comment vous serez limité(e) dans votre capacité d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études de niveau postsecondaire ou au marché du travail et veuillez décrire les obstacles que vous devrez surmonter.

Présentez le présent formulaire rempli à l'évaluateur médical approprié pour qu'il puisse le remplir.
Conservez une copie du formulaire rempli pour vos dossiers.

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

pour étudiants ayant une invalidité permanente

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS À L'INTENTION DE L'ÉVALUATEUR MÉDICAL

La Direction des services financiers pour étudiants utilisera le présent *Formulaire d'évaluation médicale* pour les étudiants ayant une invalidité permanente comme l'un des critères permettant de déterminer l'admissibilité de l'étudiant à recevoir une bourse du gouvernement fédéral ainsi que des biens et services relatifs à la prestation d'une formation tenant compte de l'invalidité. Veuillez vous assurer que le diagnostic représente bien l'invalidité permanente de l'étudiant et qu'il énumère les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité. S'il y a lieu, précisez si l'invalidité de l'étudiant nécessite une charge réduite de cours (moins de 60 % de la charge régulière de cours à temps plein), même avec les soutiens recommandés.

« Invalidité permanente » désigne 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 naturelle probable de celle-ci.

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION APPROPRIÉE QUI SE RAPPORTE À L'INVALIDITÉ DE L'ÉTUDIANT.

Nota : La section J aux pages 5 et 6 doit être remplie par l'évaluateur médical pour tous les demandeurs.

Le formulaire rempli doit être envoyé par la poste à l'adresse suivante :

Services financiers pour étudiants
Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
Case postale 6000, 440, rue King
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1

Veillez écrire en lettres moulées le prénom et le nom de l'étudiant qui fait l'objet du diagnostic.

Prénom _____

Nom de famille _____

SECTION C INVALIDITÉ PHYSIQUE À remplir par un médecin

Exemples : arthrite, lésion à la moelle épinière, spina-bifida, maladie de Crohn, blessure au dos, etc.

Diagnostic principal :

Veillez remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION D DÉFICIENCE AUDITIVE À remplir par un audiologiste certifié

J'atteste que ce client est malentendant selon les critères suivants. Choisissez la description appropriée.

Niveau de perte auditive dans l'oreille la moins atteinte. Choisissez les descriptions appropriées.

Partie A Légère Modérée Profonde Grave

Partie B

- La perte auditive gêne l'étudiant dans son apprentissage.
- L'étudiant utilise des appareils auditifs.
- L'étudiant bénéficierait de l'utilisation d'amplificateurs personnels dans l'environnement scolaire ou le milieu de travail.

Veillez annexer une copie d'un audiogramme récent et remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION E DÉFICIENCE VISUELLE
À remplir par un ophtalmologiste ou un optométriste

J'atteste que ce client est malvoyant selon les critères suivants. Choisissez la description appropriée.

- Acuité visuelle de 6/21 (20/70) ou moins dans l'œil le moins atteint 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 _____

Diagnostic :

Veillez remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION F INVALIDITÉ NEUROLOGIQUE
À remplir par un neurologue, un psychiatre ou un médecin

Exemples : paralysie cérébrale, épilepsie, sclérose en plaques, tumeur cérébrale, accident cérébrovasculaire, traumatisme crânien

Diagnostic principal :

Médication et effets secondaires, s'il y a lieu :

Veillez remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION G Hyperactivité avec déficit de l'attention
À remplir par un médecin ou un psychologue

J'atteste que ce client souffre d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THDA) selon les critères suivants. Choisissez la description appropriée.

Diagnostic selon les critères du DSM-IV et les antécédents (veuillez fournir des détails dans la section J) :

- THDA de type inattentif
- THDA de type hyperactif-impulsif
- THDA de type combiné

Médication et effets secondaires, s'il y a lieu :

Veillez annexer une copie d'une évaluation psychopédagogique récente et remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION H INVALIDITÉ PSYCHIATRIQUE

À remplir par un psychologue clinicien, un psychiatre ou un médecin

Exemple : Réseau des bénéficiaires de la santé mentale

Diagnostic principal selon les critères du DSM-V

Médication et effets secondaires, s'il y a lieu :

Veuillez remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION I AUTRES INVALIDITÉS DIAGNOSTIQUÉES

À remplir par l'évaluateur médical approprié

Exemples : déficience développementale, cognitive ou intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme

Diagnostic principal :

J'atteste que ce demandeur a _____ en me basant sur les critères suivants :

- Évaluation psycho-éducative – joindre une copie
- Évaluation médicale
- Autre – veuillez préciser _____

Veuillez remplir la section J aux pages 5 et 6.

SECTION J TOUS LES ÉVALUATEURS MÉDICAUX DOIVENT REMPLIR TOUTES LES PARTIES DE CETTE SECTION AU SUJET DU DEMANDEUR

Partie A Déterminants de l'invalidité

Écrire en lettres moulées le prénom et le nom de l'étudiant faisant l'objet du diagnostic.

Prénom _____ Nom de famille _____

Cet étudiant est-il un de vos patients réguliers? Oui Non

Si oui, à quelle fréquence avez-vous vu cette personne au cours des deux dernières années? _____

Diagnostic d'invalidité principal :

L'invalidité est-elle permanente? Oui Non

L'invalidité est : Légère Modérée Grave Très grave

Diagnostic d'invalidité secondaire, s'il y a lieu :

L'invalidité est-elle permanente? Oui Non

L'invalidité est : Légère Modérée Grave Très grave

Médication et effets secondaires, s'il y a lieu :

Partie B Limitations fonctionnelles (veuillez écrire lisiblement en lettres moulées)

*« **Invalidité permanente** » désigne 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 naturelle probable de celle-ci.*

Dans l'espace ci-dessous, veuillez énumérer et décrire en détail les limites fonctionnelles qui entraînent des restrictions ou des obstacles qui limitent la capacité de l'étudiant d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour participer pleinement à des études postsecondaires ou au marché du travail.

Joindre une feuille additionnelle au besoin.

SECTION J (suite)

Partie C Renseignements sur l'évaluateur médical

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que l'étudiant faisant l'objet de la présente évaluation rencontre les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité qui sont énumérés.

Nom de l'évaluateur médical (veuillez écrire en lettres moulées) _____

Adresse

Adresse municipale ou case postale _____ N° d'appartement _____ Ville/village _____
N° de tél. () _____
Province/territoire _____ Pays _____ Code postal _____

Signature (à l'encre) _____

Date _____
AAAA MM JJ

Numéro d'enregistrement _____

Veuillez envoyer toutes les pages du présent formulaire à l'adresse ci-dessous.

Services financiers pour étudiants
Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
Case postale 6000, 440, rue King
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1

Il serait également utile que le demandeur conserve une copie du formulaire rempli pour ses dossiers.