RAFEO 2023-2024 - Formulaire de vérification de l'invalidité

Étudiants qui fréquentent des établissements d'études postsecondaires publics de l'Ontario

Objet du formulaire

Le présent formulaire sert à la collecte des renseignements au sujet de votre handicap notamment des documents de votre fournisseur de soins de santé (médecin ou autre membre d'une profession de la santé réglementée). Cette information permettra de vérifier si vous êtes une personne ayant un handicap aux fins du Régime d'aide financière aux étudiants de l'Ontario (RAFEO) et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester.

Une fois la vérification effectuée, vous pourriez :

- obtenir une aide financière supplémentaire à titre de personne handicapée, ou les règles d'obtention du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester pourraient être adaptées (p. ex., en permettant une charge de cours réduite);
- être admissible à une aide financière au titre de la Bourse d'études pour personnes handicapées (BEPH) de l'Ontario ou de la bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité (BEC-ESI). Ces deux programmes aident les étudiantes et étudiants à temps plein ou partiel admissibles à payer des services et du matériel pour personnes handicapées comme des preneurs de notes, des tuteurs, ou des aides techniques. Vous devez remplir une demande de la BEPH ou de la BEC-ESI pour ces programmes. Vous trouverez le formulaire de demande sur le site Web du RAFEO (ontario.ca/rafeo). Les personnes inscrites à un programme de microcertification et les étudiants qui ne reçoivent que la subvention ontarienne Apprendre et rester ne sont pas admissibles à la Bourse d'études pour personnes handicapées (BEPH) et à la bourse d'études canadienne pour l'obtention d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité (BEC-ESI).

Vous pouvez compter sur de l'aide

Le bureau pour étudiants handicapés ou le bureau d'aide financière de votre école peuvent répondre à vos questions sur le présent formulaire. Le bureau pour étudiants handicapés peut vous renseigner sur le matériel, le soutien et les services liés à votre handicap disponibles à votre école pour suivre des études postsecondaires. Pour en savoir plus, consultez la section « Des questions? » à la page 2.

Comment remplir le formulaire

Ce formulaire est divisé en deux sections, section A et section B :

- Veuillez remplir la section A, y compris les consentements et les déclarations que vous devez signer et dater.
- La section B, doit être remplie par votre fournisseur de soins de santé (médecin ou autre membre d'une profession de la santé réglementée dont le champ d'exercice inclut le diagnostic). Veuillez transmettre toutes les pages de la section B à votre professionnel de la santé pour qu'il remplisse les renseignements au sujet de votre invalidité.

En règle générale, vous n'aurez à soumettre ce formulaire qu'une seule fois durant vos études. Votre fournisseur de soins de santé peut vous facturer des frais pour cette procédure; c'est à vous de les payer.

Comment soumettre le formulaire

Envoyez la section A (remplie par vous) et la section B (remplie par votre fournisseur de soins de santé) en suivant les directives suivantes :

Téléversement en ligne :

Vous pouvez téléverser votre formulaire dûment rempli en ligne. Ouvrez une session sur le site Web du RAFEO et accédez à votre demande au titre du RAFEO ou de la subvention ontarienne Apprendre et rester pour utiliser la fonction « imprimer ou téléverser ».

Comment soumettre le formulaire (suite)

Envoi du formulaire :

Soumettez toutes les sections du formulaire au bureau d'aide financière de votre école.

Si vous envoyez le formulaire en format papier, gardez une copie de celui-ci et des documents connexes pour vos dossiers.

Le Ministère garantit la confidentialité de tous les renseignements relatifs au handicap conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Date limite de soumission du formulaire

Si vous avez soumis une demande RAFEO pour études à temps plein, demande RAFEO pour les étudiants à temps partiel ou demande de subvention ontarienne Apprendre et rester votre bureau d'aide financière doit recevoir votre formulaire dûment rempli au plus tard 40 jours avant la fin de votre période d'études.

Si vous avez soumis une demande RAFEO pour programmes menant à une microcertification, le formulaire dûment rempli doit être reçu au plus tard cinq jours après la fin de votre période d'études.

Des questions?

Si vous avez besoin d'aide avec ce formulaire, communiquez avec le bureau d'aide financière de votre école.

Le bureau pour étudiants handicapés peut également répondre à vos questions concernant la façon de remplir ce formulaire. Il pourra également fournir des renseignements sur d'autres services et soutiens en matière de handicap offerts par votre école. Vous pourriez devoir lui fournir des documents supplémentaires lorsque vous discutez de vos besoins liés à votre handicap pour fréquenter l'école.

Section A : Renseignements sur l'étudiante ou l'étudiant (fournis par l'étudiante ou l'étudiant)

Quel est le nom de l'école que vous prévoyez fréquenter?

Numéro d'assurance sociale :

Numéro d'étudiant(e) de votre école :

Numéro d'immatriculation scolaire de l'Ontario (NISO), s'il y a lieu :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :
Jour Mois Année

Adresse postale

Numéro et rue, route rurale ou case postale :

Appartement :

Numéro et rue, route rurale ou case postale :

Province ou État :

Ville, village ou bureau de poste :

Code postal :

Pays :

Indicatif régional et numéro de téléphone :

Consentements et déclarations de l'étudiante ou de l'étudiant

Partie 1 : Autorisations et déclarations (obligatoire)

- Je conviens que d'ici que mes prêts, mes paiements excédentaires et mes remboursements – y compris des prêts étudiants ou une bourse versée en trop pour une microcertification – soient évalués et remboursés, le ministère des Collèges et Universités (le ministère) peut recueillir et échanger, sans restriction, des renseignements personnels à mon sujet, qui sont utiles à l'administration et au financement du Régime d'aide financière aux étudiantes et aux étudiants de l'Ontario (RAFEO) et du Programme canadien d'aide financière aux étudiants (PCAFE), auprès des instances suivantes : Emploi et Développement Social Canada (EDSC); Agence du revenu du Canada (ARC); Centre de Service National de Prêts aux Étudiants (CSNPE); mon école postsecondaire et ses vérificateurs et agents d'administration financière autorisés; organismes qui administrent les programmes cités dans le présent formulaire; autres parties auxquelles recourt le ministère pour administrer et financer le RAFEO; contractants et vérificateurs de EDSC; agences de recouvrement exploitées ou retenues par le gouvernement fédéral ou provincial; agences de renseignements sur le consommateur.
- J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts. Je sais que faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse constitue une infraction et, en outre, que le ministère peut, par suite d'une déclaration fausse ou trompeuse de ma part, refuser de m'accorder de l'aide financière du RAFEO à titre de personne handicapée à l'avenir, intenter une poursuite contre moi et exiger que je rembourse toute l'aide financière du RAFEO que j'aurai reçue à titre de personne handicapée.
- J'autorise le médecin ou le professionnel de la santé réglementé qui a rempli la section B de ce formulaire à fournir les renseignements demandés sur ma santé au ministère et à mon établissement d'enseignement postsecondaire, et, si le ministère ou l'établissement l'exigent, à fournir des renseignements supplémentaires sur mon handicap et les besoins qu'il occasionne.
- J'autorise le ministère et mon établissement d'enseignement postsecondaire à communiquer avec le médecin ou le professionnel de la santé réglementé si les renseignements fournis à propos de ma santé ne sont pas clairs ou sont illisibles. Cette autorisation est limitée et ne permet pas au ministère ni à mon établissement d'enseignement postsecondaire d'obtenir auprès de mon médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé des renseignements sur ma santé qui sont sans lien avec le présent formulaire ou la documentation connexe que j'ai fournie.
- Je comprends que les renseignements que je fournis, notamment les renseignements sur ma santé obtenus auprès de mon médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé, peuvent faire l'objet d'une vérification et que, à cette fin, le ministère peut mener une inspection ou une enquête.

Remarque : Si vous remplissez le présent formulaire en version électronique, utilisez la fonction « Fill & Sign » (remplissage et signature) ou "Identification numérique" dans Adobe Reader ou votre programme PDF pour y apposer votre signature.

Signature de l'étudiante ou de l'étudiant :

Date :
Jour Mois Année

Partie 2 : Consentement et déclaration de l’étudiante ou de l’étudiant (facultatif)

Signez et datez cette section uniquement si vous consentez à ce que les renseignements sur votre handicap soient transmis au bureau pour étudiants handicapés de votre école.

Pourquoi est-ce que cela serait utile?

- Le fait de consentir à ce que les renseignements figurant sur ce formulaire soient partagés avec le bureau pour étudiants handicapés de votre école peut aider celui-ci à discuter de soutiens, de services et d’accommodements disponibles avec vous.
- Cela sera particulièrement utile si vous faites des études à temps plein ou partiel et prévoyez demander la Bourse d’études de l’Ontario pour personnes handicapées (BEPH) ou une bourse d’études canadienne pour l’obtention d’équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité (BEC-ESI). (Remarque : Les personnes inscrites à un programme de microcertification et les étudiants qui ne reçoivent que la subvention ontarienne Apprendre et rester ne sont pas admissibles à ces deux programmes de bourse.)

J’autorise le bureau d’aide financière de mon école et le ministère des Collèges et Universités à communiquer les renseignements personnels liés à mon handicap fournis dans le présent formulaire au bureau pour étudiants handicapés de mon école s’il en a besoin pour établir mon admissibilité à la Bourse d’études de l’Ontario pour personnes handicapées et / ou la Bourse d’études canadienne pour l’obtention d’équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité.

Remarque : Si vous remplissez le présent formulaire en version électronique, utilisez la fonction « Fill & Sign » (remplissage et signature) ou “Identification numérique” dans Adobe Reader ou votre programme PDF pour y apposer votre signature.

Signature de l’étudiante ou de l’étudiant :

Date :

Jour Mois Année

Le Ministère recueille et utilisera les renseignements personnels que vous et votre médecin ou un autre membre d’une profession de la santé réglementée fournissez en lien avec le présent formulaire, notamment votre numéro d’assurance sociale (NAS), pour déterminer votre admissibilité à l’aide financière pour personnes handicapées dans le cadre du financement du Régime d’aide financière aux étudiantes et étudiants de l’Ontario (RAFEO).

Vos renseignements personnels seront utilisés aux fins de l’administration et du financement du RAFEO, conformément à l’avis de collecte et d’utilisation des renseignements personnels et à la déclaration de consentement que vous avez signée figurant sur votre demande RAFEO. Le ministère des Collèges et Universités administre et finance le RAFEO en vertu du pouvoir juridique énoncé dans la demande RAFEO. Pour toute question concernant la collecte, l’utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le directeur, Direction de l’aide financière aux étudiantes et étudiants, ministère des Collèges et Universités, C.P. 4500, 189 Red River Road, 4th Floor, Thunder Bay (Ontario) P7B 6G9 (téléphone : 807 343-7260).

Section B : Vérification du handicap de la patiente ou du patient

À faire remplir par le fournisseur (la fournisseuse) de soins de santé de l'étudiante ou de l'étudiant (médecin ou autre membre d'une profession de la santé réglementée).

Les renseignements fournis dans le présent formulaire servent à déterminer l'état de votre patiente ou patient comme personne ayant un handicap et son admissibilité à l'aide financière pour personnes handicapées ou à des mesures d'adaptation dans le cadre du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester. L'admissibilité est fondée sur des facteurs, y compris, sans toutefois s'y limiter, la correspondance entre l'invalidité de l'élève et la définition fédérale « d'invalidité permanente » ou « d'invalidité persistante ou prolongée » et l'invalidité se traduisant par des limitations fonctionnelles qui limitent sa capacité à effectuer les activités quotidiennes nécessaires pour faire des études postsecondaires. Indiquez clairement les limitations fonctionnelles et les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité de votre patient. Évitez les termes vagues comme « suggère » ou « est un signe de ». Si vous avez besoin de plus d'espace, fournissez des détails supplémentaires sur votre papier à en-tête officiel et joignez-le à ce document.

Remplissez les parties 1 à 6 de la section B. Si des réponses à des questions ou des champs demeurent en blanc, votre patient ne sera pas considéré comme ayant une invalidité permanente ou une invalidité persistante ou prolongée aux fins du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester. Retournez le formulaire dûment rempli, et les pièces jointes (le cas échéant), à votre patiente ou patient.

Renseignements sur la patiente ou le patient :

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance :
Jour Mois Année

Partie 1 : Renseignements sur le médecin ou sur le professionnel de la santé réglementé

Prénom :

Indicatif régional et numéro de téléphone :

Nom de famille :

Spécialité :
Cocher toutes celles qui s'appliquent :

- ☐ Audiologiste/orthophoniste
- ☐ Chiropraticien
- ☐ Neurologue
- ☐ Infirmier(ère) praticien(enne)
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Ophtalmologiste
- ☐ Optométriste
- ☐ Médecin - médecine familiale
- ☐ Psychiatre
- ☐ Physiothérapeute
- ☐ Psychologue (agréé ou associé)
- ☐ Rhumatologue

Ce formulaire ne sera PAS accepté si le tableau ci-dessous est incomplet ou soumis sans cachet ou votre papier à en-tête signé.		
Numéro de permis d'exercice de la province ou du territoire du Canada		Apposer le cachet du bureau ici – si votre cabinet n'a pas de cachet, vous devez signer et joindre votre papier à en-tête au présent formulaire.
Adresse		

Section B (suite)

Prénom de la patiente ou du patient : Nom de famille :

Partie 2 : État du handicap de la patiente ou du patient

A. Statut de l'invalidité permanente

Aux fins du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester, le gouvernement fédéral entend par **invalidité permanente** toute déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, qui :

- réduit la capacité d'un étudiant d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail, et qui
- durera toute sa vie.

La patiente ou le patient a-t-il une invalidité permanente?

☐ Oui

☐ Non

B. Statut d'invalidité persistante ou prolongée

Aux fins du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester, le gouvernement fédéral entend par **invalidité persistante ou prolongée** toute déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, qui :

- réduit la capacité d'un étudiant d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire ou participer au marché du travail; et
- dure depuis au moins douze mois ou pourrait avoir une telle durée; mais
- ne devrait pas vous accompagner toute votre vie.

La patiente ou le patient a-t-il une invalidité persistante ou prolongée?

☐ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu **« non »** aux questions ci-dessus (p. ex., « La patiente ou le patient a-t-il une invalidité permanente? » et « La patiente ou le patient a-t-il une invalidité persistante ou prolongée? »), vous pouvez sauter les parties 3 à 5 et passer directement à la partie 6 pour fournir votre déclaration et votre signature. Votre patient ne sera pas considéré comme ayant une invalidité permanente ou une invalidité persistante ou prolongée aux fins du RAFEO et/ou subvention ontarienne Apprendre et rester. Avant de retourner le formulaire au patient, veuillez-vous assurer d'avoir rempli les parties 1, 2 et 6.

Section B (suite)

Prénom de la patiente ou du patient : Nom de famille :

Partie 3 : Nature du handicap de la patiente ou du patient

Cochez toutes les catégories qui s'appliquent.

☐ **Lésion cérébrale acquise**

☐ **Trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité avec déficit de l'attention**

☐ **Troubles du spectre autistique**
(p. ex. autisme, trouble envahissant du développement)

☐ **Problèmes de santé chroniques/handicap d'ordre medical**
(p. ex., maladie de Crohn, épilepsie, douleur chronique, troubles cardiaques, etc.)

☐ **Sourd, sourd, devenu sourd ou malentendant**

☐ **Déficience fonctionnelle ou problème de mobilité**
(p. ex. paraplégie, quadriplégie, dystrophie musculaire, paralysie cérébrale, lésion de la moelle épinière, spina bifida, sclérose en plaque)

☐ **Trouble de l'apprentissage**

Note : les critères d'admissibilité au RAFEO exigent que des évaluations psychosociales aient été effectuées au cours des 5 dernières années ou depuis le 18e anniversaire de la patiente ou du patient. Les plans d'enseignement individualisé ne sont pas considérés comme une documentation appropriée d'un trouble de l'apprentissage aux fins du RAFEO.

Répondre aux questions suivantes :

Une évaluation psycho-éducative a-t-elle été faite par un psychologue agréé ?

☐ Oui

☐ Non

Si « oui », indiquez la date de l'évaluation la plus récente :

Jour Mois Année

Y a-t-il eu confirmation d'un trouble de l'apprentissage?

☐ Oui

☐ Non

☐ **Trouble de santé mentale**

☐ **Déficience visuelle**

☐ **Autre – Préciser :**

Section B (suite)

Prénom de la patiente ou du patient : Nom de famille :

Partie 4 : Mobilité/mouvement et (ou) incidences sensorielles

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

☐ Aucune mobilité/mouvement ou incidences sensorielles

☐ Ambulation ☐ Station debout ☐ Station assise ☐ Usage des escaliers

☐ Capacité de soulever/porter des charges et de s'étirer ☐ Préhension/dextérité

☐ Vision faible (après correction) ☐ Aveugle au sens de la loi ☐ Déficience auditive

☐ Incidences sensorielles - Préciser :

☐ Autre (préciser) :

Veuillez décrire l'incidence :

Partie 5 : Incidence cognitive et (ou) comportementale

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

☐ Aucune incidence cognitive ou comportementale

☐ Attention et concentration ☐ Mémoire ☐ Traitement de l'information (verbale et écrite)

☐ Gestion du stress ☐ Organisation et gestion du temps ☐ Interactions sociales

☐ Communication

☐ Autre (préciser) :

Veuillez décrire l'incidence :

Partie 6 : Déclaration du médecin ou du professionnel de la santé réglementé

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. Si j'ai répondu « Oui » à l'une ou l'autre des questions de la partie 2, j'atteste que la patiente ou le patient identifié ci-dessus est affecté par les limites fonctionnelles et (ou) les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité indiqués aux présentes.

Remarque : Si vous remplissez le présent formulaire en version électronique, utilisez la fonction « Fill & Sign » (remplissage et signature) ou "Identification numérique" dans Adobe Reader ou votre programme PDF pour y apposer votre signature.

Signature du médecin ou du professionnel de la santé réglementé : **Date :**

Jour Mois Année