

**Formulaire de vérification de l'invalidité**  
**Régime d'aide financière aux étudiantes et étudiants de l'Ontario (RAFEO)**  
**Réduction de 30 % des frais de scolarité en Ontario**  
**2013-2014**

### Objet du formulaire

Le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (« le ministère ») utilisera ce formulaire pour obtenir des renseignements et de la documentation concernant l'invalidité de l'étudiante ou de l'étudiant auprès de son médecin ou d'un autre professionnel de la santé réglementé. Les renseignements et la documentation obtenus serviront à évaluer l'admissibilité de l'étudiante ou de l'étudiant à l'aide financière offerte aux personnes handicapées dans le cadre du RAFEO, et son admissibilité à la Réduction de 30 % des frais de scolarité en Ontario à titre de personne handicapée. Ils sont également requis pour l'application de la charge de cours minimale dans le cadre des prêts d'études aux personnes handicapées.

L'aide financière offerte aux personnes handicapées dans le cadre du RAFEO comprend la Bourse d'études de l'Ontario pour personnes handicapées, la Bourse canadienne pour étudiants ayant une invalidité permanente et la Bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente. *Le présent formulaire ne constitue pas une demande d'aide financière en vertu des programmes susnommés.*

Pour être admissible à l'une ou l'autre des bourses canadiennes, l'étudiante ou l'étudiant doit avoir une *invalidité permanente*, définie comme une limitation fonctionnelle :

- causée par une déficience mentale ou physique;
- qui restreint la capacité d'effectuer les activités quotidiennes nécessaires pour faire des études postsecondaires ou se joindre à la population active;
- dont on prévoit qu'elle durera toute la vie de l'étudiante ou de l'étudiant.

Ces documents ne sont habituellement demandés qu'une seule fois par le ministère pour confirmer l'invalidité de l'étudiante ou de l'étudiant. Cependant, le ministère ou l'école que fréquente l'étudiante ou l'étudiant peut, en tout temps, demander de la documentation supplémentaire pour confirmer ou revérifier son invalidité. Le ministère garantit la confidentialité de tous les renseignements relatifs à l'invalidité aux termes de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

### À qui s'adresse ce formulaire?

#### ***Étudiants fréquentant un établissement privé d'enseignement postsecondaire en Ontario ou un établissement d'enseignement postsecondaire ailleurs qu'en Ontario :***

Utilisez ce formulaire si vous n'avez pas de document fourni par votre médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé qui énonce clairement ce qui suit :

- le diagnostic;
- l'incidence du handicap;
- la durée du handicap (temporaire ou permanent);
- le nom et les coordonnées du médecin ou du professionnel de la santé réglementé.

#### ***Étudiants fréquentant une université ou un collège financé par des fonds publics en Ontario :***

Il n'est pas nécessaire d'utiliser ce formulaire si le bureau pour les étudiantes et étudiants handicapés de votre école vous a remis un formulaire de vérification de l'invalidité qui permet de recueillir les renseignements indiqués ci-dessus. Renseignez-vous auprès du bureau pour les étudiantes et étudiants handicapés de votre école.

***Étudiants faisant l'objet d'un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention ou d'hyperactivité avec déficit de l'attention :***

Vous pouvez utiliser ce formulaire ou le formulaire de vérification de l'invalidité de votre école, ou encore soumettre le rapport d'une évaluation psychopédagogique réalisée par un psychologue agréé ou associé, un neuropsychologue ou un médecin ayant suivi une formation sur le trouble déficitaire de l'attention ou l'hyperactivité avec déficit de l'attention, ou une autre preuve de votre diagnostic fournie par l'un de ces professionnels.

**Qui ne devrait PAS utiliser ce formulaire?**

Les personnes faisant l'objet d'un diagnostic de troubles d'apprentissage n'ont pas à remplir ce formulaire. Elles doivent plutôt soumettre le rapport d'une évaluation psychopédagogique réalisée par un psychologue agréé ou associé lorsqu'elles avaient au moins 18 ans ou au cours des cinq (5) dernières années.

**Comment remplir ce formulaire**

L'étudiante ou l'étudiant doit remplir la section 1 du formulaire (pages 3 et 4), signer la section « Avis, consentement et déclaration de l'étudiante ou de l'étudiant », et faire remplir la section 2 du formulaire (pages 5, 6 et 7) par son médecin ou un autre professionnel de la santé réglementé.

**Où envoyer le formulaire rempli**

***Étudiants fréquentant un établissement privé d'enseignement postsecondaire en Ontario ou un établissement d'enseignement postsecondaire ailleurs qu'en Ontario :***

Envoyez les sections 1 and 2 du formulaire dûment rempli au ministère à cette adresse :

Direction de l'aide financière aux étudiantes et étudiants  
Ministère de la Formation et des Collèges et Universités  
4500, 189 Red River Road, 4<sup>e</sup> étage  
Thunder Bay, ON P7B 6G9

***Étudiants fréquentant une université ou un collège financé par des fonds publics en Ontario :***

Présentez les sections 1 and 2 du formulaire dûment rempli directement au bureau pour les étudiantes et étudiants handicapés ou au bureau d'aide financière de votre école. Dans tous les cas, le bureau pour les étudiantes et étudiants handicapés vérifie si les renseignements exigés pour déterminer l'admissibilité au RAFEO et à la Réduction de 30 % des frais de scolarité en Ontario figurent sur le formulaire et communique ces renseignements au bureau d'aide financière de l'école.





## Section 2 : Renseignements fournis par un médecin ou un professionnel de la santé réglementé

### Objet du formulaire

Ce formulaire servira à déterminer l'admissibilité de votre patiente ou patient au Régime d'aide financière aux étudiantes et étudiants de l'Ontario (RAFEO) et à la Réduction de 30 % des frais de scolarité en Ontario à titre de personne handicapée. L'admissibilité à l'aide financière est fondée sur l'incidence fonctionnelle du handicap sur l'aptitude de la patiente ou du patient à faire des études postsecondaires et sur la permanence du handicap.

### Instructions

La section 2 comporte trois pages qui doivent être remplies dans leur totalité. Veuillez énoncer les diagnostics clairement en évitant des formulations comme « sembler indiquer » et « porter à croire ». Veuillez également indiquer les diagnostics mixtes et les troubles concomitants. Votre patiente ou patient a signifié, dans la section 1 de ce formulaire, son consentement à la divulgation de renseignements personnels concernant sa santé au ministère et à son établissement d'enseignement postsecondaire. Veuillez remettre les trois pages dûment remplies de la section 2 à l'étudiante ou à l'étudiant.

### Renseignements sur la patiente ou le patient :

Prénom : |\_\_\_\_\_|

Nom de famille : |\_\_\_\_\_|

Date de naissance : Jour : |\_\_|\_| Mois : |\_\_|\_| Année : |\_\_|\_|\_|\_|\_|

### Renseignements sur le médecin ou du professionnel de la santé réglementé :

Prénom : |\_\_\_\_\_|

Nom de famille : |\_\_\_\_\_|

Spécialité (*cocher toutes celles qui s'appliquent*)

Audiologie       Chiropratique       Neurologie       Ergothérapie       Optométrie

Ophtalmologie       Médecine familiale       Psychiatrie       Physiothérapie

Psychologie (psychologue agréé ou associé)       Rhumatologie

Autre (*préciser*) : |\_\_\_\_\_|

N° du permis d'exercer en Ontario : |\_\_\_\_\_|

N° de téléphone au travail (10 chiffres) : |\_\_\_\_\_| poste : |\_\_\_\_\_|

***J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que la patiente ou le patient susnommé rencontre les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité qui sont indiqués.***

Signature : |\_\_\_\_\_|      Date: |\_\_\_\_\_|

**Veuillez apposer ci-dessous le cachet officiel indiquant le nom et l'adresse de votre établissement ou bureau :**

*Nota : Si vous n'avez pas de cachet officiel, veuillez apposer votre signature sur une feuille de votre papier à en-tête et la joindre à ce formulaire.*

## Section 2 (suite)

Prénom de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_ | Nom de famille : \_\_\_\_\_ |

### Type de handicap (cochez toutes les catégories qui s'appliquent)

**Handicap physique/mobilité réduite** (p. ex. paraplégie, quadriplégie, dystrophie musculaire, paralysie cérébrale, lésion de la moelle épinière, spina bifida, sclérose en plaques)

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**Déficience visuelle**

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Acuité visuelle : \_\_\_\_\_ Champ visuel : \_\_\_\_\_

**Déficience auditive**

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Veillez indiquer la perte auditive dans l'oreille la moins atteinte :

Légère     Modérée     Grave     Congénitale     Profonde

Est-ce que la patiente ou le patient porte des appareils auditifs?  Oui  Non

Est-ce que la patiente ou le patient a besoin d'appareils d'amplification en milieu scolaire?  Oui  Non

**Trouble de la parole**

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**Lésion cérébrale acquise**

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Date de l'accident : Jour : |\_\_| |\_\_| | Mois : |\_\_| |\_\_| | Année : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |

**Trouble envahissant du développement** (p. ex. autisme, trouble neurologique, syndrome d'Asperger, trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale)

Diagnostic (selon les critères de la plus récente édition du manuel DSM) : \_\_\_\_\_

**Trouble de santé mentale**

Diagnostic (selon les critères de la plus récente édition du manuel DSM) : \_\_\_\_\_

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

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Une évaluation psychopédagogique a-t-elle été réalisée?

Oui (veuillez joindre une copie de l'évaluation)     Non     Ne sais pas

**Autre (préciser) :** \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**Durée du handicap** (Veillez choisir UN des énoncés ci-dessous. Choisissez celui qui décrit le mieux le handicap de la patiente ou du patient.)

Le handicap de la patiente ou du patient est **temporaire**.

Veillez indiquer la durée prévue du handicap : \_\_\_\_\_

Le handicap de la patiente ou du patient est **permanent** et comporte des symptômes (chroniques ou épisodiques) qui limitent son restreint sa capacité d'effectuer les activités quotidiennes nécessaires pour faire des études postsecondaires ou se joindre à la population active, et on prévoit qu'il durera la vie entière de la patiente ou du patient.

## Section 2 (suite)

Prénom de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_ | Nom de famille : \_\_\_\_\_ |

### Incidence du handicap sur le fonctionnement quotidien

#### Incidence physique (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Ambulation       Station debout       Station assise       Usage des escaliers  
 Capacité de soulever/porter des charges et de s'étirer       Préhension/dextérité

Veillez décrire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Incidence cognitive et (ou) comportementale (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Attention et concentration       Mémoire       Traitement de l'information (verbale et écrite)  
 Gestion du stress       Organisation et gestion du temps       Interactions sociales  
 Communication       Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Veillez décrire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Médicaments

Est-ce que la patiente ou le patient prend actuellement des médicaments sur ordonnance?       Oui       Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer s'il y a lieu les effets secondaires (p. ex. manque de vigilance ou de concentration, nausée) susceptibles de toucher le fonctionnement de la patiente ou du patient en milieu scolaire :  
\_\_\_\_\_

### Soutien recommandé (Optionnel – cochez tous les énoncés qui s'appliquent)

- On recommande une charge de cours réduite à la patiente ou au patient.
- La patiente ou le patient a besoin d'un ordinateur et (ou) de logiciels spécialisés, et (ou) de mobilier économique pour faire des études postsecondaires. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- La patiente ou le patient a besoin de services spécialisés, p. ex. de tutorat, de prise de notes, de counseling et (ou) de transport pour faire des études postsecondaires. Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez inscrire les renseignements supplémentaires sur une feuille de votre papier à en-tête et la joindre à ce formulaire.**