

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).

Une fois la vérification effectuée, vous pourriez :

- obtenir une aide financière supplémentaire à titre de personne handicapée, ou les règles d'obtention du RAFEO 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 canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une incapacité permanente (BC-ESEIP). 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 BC-ESEIP 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 ne sont pas admissibles à la Bourse d'études pour personnes handicapées (BEPH) et à la bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une incapacité permanente.

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, donnez votre consentement et faites les déclarations en signant et datant cette section.
- La section B, qui traite de votre handicap, 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). Soumettez la section B à votre fournisseur de soins de santé pour qu'il la remplisse.

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 :

Ouvrez une session dans votre compte RAFEO à ontario.ca/rafeo et utilisez la fonctionnalité « Imprimer ou téléverser les documents ».

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 ou partiel, 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 et mes paiements excédentaires – 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, 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 (PCLAF), 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; soustraitants 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) d'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 canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une incapacité permanente. (N.B. : Les personnes inscrites à un programme de microcertification 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 la Bourse servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente.

Remarque : Si vous remplissez le présent formulaire en version électronique, utilisez la fonction « Fill & Sign » (remplissage et signature) d'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 de 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 la directrice, Direction de l'aide financière aux étudiantes et étudiants, ministère des Collèges et Universités, C.P. 4500, 189 Red River Road, 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 de l'aide financière pour personnes handicapées ou à des mesures d'adaptation dans le cadre du RAFEO. L'admissibilité à l'aide financière est fondée sur le fait que le handicap de l'étudiante ou de l'étudiant satisfait à la définition d'« invalidité permanente » à la page 7. Les étudiants ayant un handicap temporaire pourraient être admissibles à une aide financière provinciale pour personnes handicapées.

Veuillez remplir toutes les pages de la section B. Décrivez clairement les limitations fonctionnelles et les restrictions associées au handicap de votre patiente ou patient. Évitez d'employer des formulations comme « laisse croire » ou « indique que ». Au besoin, fournissez des détails supplémentaires sur du papier à en-tête officiel et joignez le tout au présent document. **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 :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiologiste/orthophoniste | <input type="checkbox"/> Chiropraticien | <input type="checkbox"/> Neurologue |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) praticien(enne) | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Ophthalmologiste <input type="checkbox"/> Optométriste |
| <input type="checkbox"/> Médecin - médecine familiale | <input type="checkbox"/> Psychiatre | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Psychologue (agrégé ou associé) | <input type="checkbox"/> Rhumatologue | |

**No du permis d'exercer
 en Ontario :**

Cachet officiel indiquant le nom et l'adresse de votre établissement ou bureau :

Remarque : Si vous n'avez pas de cachet officiel, ou si vous n'êtes pas en mesure d'en fournir un, veuillez apposer votre signature sur une feuille de votre papier à en-tête et la joindre à ce formulaire.

Section B (suite)

Prénom de la patiente ou du patient :

Nom de famille :

Déclaration du médecin ou du professionnel de la santé réglementé

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.

Remarque : Si vous remplissez le présent formulaire en version électronique, utilisez la fonction « Fill & Sign » (remplissage et signature) d'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

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

Aux fins du RAFEO, le gouvernement fédéral entend par handicap permanent une limitation fonctionnelle :

- qui est causée par un handicap physique ou mental;
- qui restreint la capacité d'une étudiante ou d'un étudiant à mener les activités quotidiennes nécessaires à la poursuite d'études postsecondaires ou au travail; et
- qui est un état censé durer la vie entière.

La patiente ou le patient a-t-il un handicap (permanent ou temporaire)?

- Oui
- Non - Voir les instructions ci-dessous

Si vous avez répondu « non » à la question « La patiente ou le patient a-t-il un handicap (permanent ou temporaire)? », aucun autre renseignement n'est requis. Assurez-vous que la section sur le médecin ou le professionnel de la santé réglementé est dûment remplie, puis retournez le formulaire à la patiente ou au patient.

Veillez choisir UN des énoncé ci-dessous qui décrit le mieux l'état du handicap de la patiente ou du patient.

- Le(s) handicap(s) de la patiente ou du patient est **temporaire**.
- Le(s) handicap(s) de la patiente ou du patient est **permanent**, entraîne des limitations fonctionnelles qui limitent sa capacité à effectuer les activités quotidiennes nécessaires pour faire des études postsecondaires, et on prévoit qu'il durera la vie entière de la patiente ou du patient.

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)
- Déficience fonctionnelle ou problème de mobilité**
(p. ex. paraplégie, quadriplégie, dystrophie musculaire, paralysie cérébrale, lésion de la moelle épinière, spina bifida, sclérose en plaque)
- Déficience auditive**
- Handicap d'ordre médical**
(p. ex. épilepsie, douleur chronique, troubles cardiaques, etc.)
- Trouble de santé mentale**
- 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 18^e 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 psychoéducative 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

- Déficience visuelle**
- Autre**

Préciser :

Section B (suite)

Prénom de la patiente ou du patient :

Nom de famille :

Partie 4 : Incidences sur la mobilité et le mouvement

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

Autre (préciser) :

Veillez
décrire
l'incidence :

Aucune incidence sur la mobilité et le mouvement

Partie 5 : 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 Organization et gestion du temps Intéractions sociales

Communication

Autre (préciser) :

Veillez
décrire
l'incidence :

Aucune incidence cognitive et (ou) comportementale