

Nom de l'étudiant : «1», «2»

Dossier n° : «12»

«14»

## **Demande de Bourse canadienne pour étudiants ayant une invalidité permanente et de Bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente**

***Date limite :** La date limite de remise du formulaire de vérification d'une invalidité permanente est le «15». Les fonds ne seront dégagés qu'une fois votre période d'étude terminée. Si les formulaires ci-joints ne sont pas retournés à la date indiquée, votre demande sera évaluée aux fins d'annulation du montant réclamé pour personne ayant une invalidité.*

Vous avez indiqué avoir une invalidité permanente. Vous pourriez être admissible à l'une des subventions suivantes ou aux deux :

- Bourse canadienne pour étudiants ayant une invalidité permanente
  - 2000 \$ pour répondre aux besoins évalués
- Bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente
  - Jusqu'à 8 000 \$ pour des services et de l'équipement spécialisés

L'objet de ces subventions est de lever les obstacles à l'éducation postsecondaire qu'une invalidité peut créer.

### **Instructions**

- Veillez faire remplir le formulaire de vérification d'une invalidité permanente ci-joint par un évaluateur médical qualifié.** Par exemple, si vous êtes un handicapé visuel, votre formulaire devrait être rempli par un ophtalmologiste ou un optométriste. Si vous avez un trouble d'apprentissage, un psychologue agréé doit remplir le formulaire et y annexer une évaluation psychopédagogique du trouble d'apprentissage.
- Veillez rencontrer un conseiller des services aux personnes handicapées de votre école et lui demander de remplir le formulaire ci-joint d'établissement des coûts en vue de l'obtention de la Bourse canadienne pour étudiants ayant une invalidité permanente.**
- Veillez retourner ces formulaires à l'adresse suivante :**  
Aide aux étudiants du Manitoba, 1181, avenue Portage, bureau 401, Winnipeg (Manitoba) R3G 0T3.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les services aux personnes handicapées de votre école.



Nom de l'étudiant : «1», «2»

Dossier n° : «12»

**Aide aux étudiants du Manitoba  
Formulaire de vérification d'une invalidité permanente**

**En vue de l'obtention d'une Bourse canadienne pour étudiants ayant une invalidité permanente et d'une Bourse canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente**

Aide aux étudiants du Manitoba se servira de ce formulaire pour établir l'admissibilité de l'étudiant à l'une des bourses pour les personnes ayant une invalidité permanente susmentionnées ou aux deux.

**Définition d'invalidité permanente**

« Invalidité permanente » : 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 : Les troubles médicaux ne sont pas tous considérés comme des invalidités permanentes** aux fins d'obtention de ces bourses.

**Renseignements importants à l'intention de l'évaluateur médical**

- Veuillez remplir toutes les sections pertinentes de ce formulaire, y compris la Section I, puis retournez le formulaire à l'étudiant.
- Veuillez vous assurer que le diagnostic décrit l'invalidité permanente de l'étudiant et dressez la liste des obstacles à l'éducation liés à l'invalidité.
- Si l'étudiant a plus d'une invalidité, veuillez indiquer l'invalidité principale et l'invalidité secondaire.
- Indiquez comment les formes de soutien recommandées surmonteront les obstacles à l'éducation liés à l'invalidité.
- S'il y a lieu, indiquez si l'invalidité de l'étudiant nécessite une réduction de la charge de cours (moins de 60 % du programme complet d'enseignement), même avec les formes de soutien recommandées. Si l'espace vous manque, veuillez ajouter des feuilles supplémentaires.
- L'étudiant est responsable de payer tous les frais relatifs au présent formulaire.

Ces renseignements **doivent** être obtenus avant qu'Aide aux étudiants Manitoba puisse accorder les bourses. La **date limite de réception du présent formulaire** est le «15». Une réponse rapide sera appréciée.

**Section A – Hyperactivité avec déficit de l'attention (à remplir par un médecin, un psychologue, un neurologue ou un psychiatre)**

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date de l'apparition du trouble/diagnostic : \_\_\_\_\_

Degré de gravité :       Léger       Modéré       Grave

Médication et effets secondaires s'il y a lieu :

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui :

## Section B – Déficience auditive (à remplir par un audiologiste certifié)

Niveau de déficience auditive de la meilleure oreille [choisir la (les) description(s) approprié(s)] :

- Léger     Modéré     Grave     Profond     La déficience auditive nuit à l'apprentissage de l'étudiant  
 Port d'une prothèse auditive     L'utilisation d'amplificateurs personnels serait utile en milieu scolaire

Diagnostic :

Date de l'apparition du trouble/diagnostic :

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui (annexer un audiogramme) :

## Section C – Trouble d'apprentissage

Note importante : Les étudiants ayant des troubles d'apprentissage doivent aussi déposer une évaluation psychopédagogique à jour de ces troubles d'apprentissage. Le rapport d'évaluation doit être rempli par un psychologue agréé ayant une expertise dans le diagnostic des troubles d'apprentissage.

Documentation

Qualifications de l'évaluateur :

- Je suis psychologue ou psychologue scolaire agréé ayant une expertise dans le diagnostic des troubles d'apprentissage  
 Oui     Non

Dans l'affirmative, inscrivez votre numéro d'agrément ou de certificat : \_ \_ \_ \_ \_

Remarque : Les psychologues scolaires agréés qui effectuent des évaluations de troubles d'apprentissage à l'extérieur de leur cadre professionnel (p. ex., pratique privée) ne seront pas reconnus comme ayant satisfait aux critères requis des évaluateurs qualifiés par Aide aux étudiants du Manitoba.

Le rapport d'évaluation du trouble d'apprentissage est annexé et :

- il a été rempli à l'intérieur des trois dernières années. (Dans certains cas, une évaluation des progrès en cours peut être requise pour des étudiants en transition vers leurs études postsecondaires afin d'avoir une idée précise de leurs aptitudes aux études.)     Oui     Non
- il est complet, est écrit à la machine sur du papier à en-tête officiel, indique la date de l'évaluation, le nom de l'évaluateur, son titre, ses attestations professionnelles, son adresse, ses numéros de téléphone et de télécopieur, en plus d'être dûment signé et daté.     Oui     Non

Caractéristiques de diagnostic

Le diagnostic de trouble d'apprentissage repose sur les caractéristiques de diagnostic suivantes :

- résultats individuels à des tests normalisés en lecture, mathématiques ou expression écrite considérés comme nettement inférieurs (nettement inférieur voulant dire un écart supérieur à deux écarts-types entre les résultats et le QI, ou un écart inférieur entre les résultats et le QI [c.-à-d. entre un et deux écarts-types] lorsque le rendement individuel risque d'être affecté par un trouble associé au traitement cognitif, un problème de santé mentale comorbide, des troubles médicaux généraux ou les antécédents ethniques ou culturels) à ce que l'on s'attend selon l'âge, le niveau de scolarité et le niveau d'intelligence.     Oui     Non
- Le trouble d'apprentissage nuit sensiblement aux résultats scolaires ou aux activités de la vie quotidienne où il est nécessaire de savoir écrire, lire et compter.     Oui     Non

Diagnostic de trouble d'apprentissage

Le Rapport d'évaluation du trouble d'apprentissage énonce clairement un diagnostic de trouble d'apprentissage satisfaisant aux critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), qui décrit le degré de gravité et la façon dont le trouble nuit sensiblement au fonctionnement en milieu scolaire (p. ex., lecture, mémorisation, écriture, prise de notes, examens, etc.).

Oui     Non

Le rapport doit contenir des recommandations d'accommodements raisonnables requis pour contrer les effets majeurs actuels du trouble sur le fonctionnement de la personne en milieu scolaire. Les recommandations sont appuyées par des résultats de tests inclus dans le rapport.     Oui     Non

**Section D – Invalidité neurologique (à remplir par un neurologue, un neuropsychologue, un psychiatre ou un médecin)**

Diagnostic : Date de l'apparition du trouble/diagnostic :

Degré de gravité :  Léger  Modéré  Grave

Médication et effets secondaires s'il y a lieu :

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui :

**Section E – Déficience physique (à remplir par un médecin)**

Diagnostic : Date de l'apparition du trouble/diagnostic :

Degré de gravité :  Léger  Modéré  Grave

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui :

**Section F – Invalidité psychiatrique (à remplir par un psychologue clinicien, un psychiatre ou un médecin)**

Diagnostic : Date de l'apparition du trouble/diagnostic :

Degré de gravité :  Léger  Modéré  Grave

Médication et effets secondaires s'il y a lieu :

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui :

**Section G – Déficience visuelle (à remplir par un ophtalmologiste ou par un optométriste)**

J'atteste que ce client est atteint d'une déficience visuelle conformément aux critères suivants (choisir la description appropriée) :

- Acuité visuelle de loin de \_\_\_\_/ \_\_\_\_ dans l'œil le moins atteint après correction
- Champ visuel de 20 degrés ou moins
- Vision de près pour la lecture de caractères d'imprimerie de \_\_\_\_\_

Diagnostic :

Date de l'apparition du trouble/diagnostic :

Degré de gravité :       Léger       Modéré       Grave

Obstacle(s) à l'éducation liés à l'invalidité :

Services recommandés, équipement adapté et justification à l'appui :

**Section H – TOUS LES ÉVALUATEURS MÉDICAUX DOIVENT DÛMENT REMPLIR CETTE SECTION**

L'étudiant répond-il aux exigences requises en vertu de la définition d'invalidité permanente inscrite à la page 1 du présent formulaire?  Oui  Non

L'étudiant doit-il suivre un programme de cours allégé (40-59 %) en raison de son invalidité?  Oui  Non

Profession de l'évaluateur médical :

- Médecin     Audiologiste     Optométriste     Ophtalmologiste     Psychologue     Psychiatre
- Neurologue     Neuropsychologue     Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**À écrire en caractères d'imprimerie**

Nom de l'évaluateur médical : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et que l'étudiant dont le nom est inscrit ci-dessus est confronté aux obstacles à l'éducation liés à l'invalidité précisés.**

**Signature** (à l'encre)

**Date**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

aaa / mm / jj



## DEMANDE DE BOURSE CANADIENNE SERVANT À L'ACHAT D'ÉQUIPEMENT DE SERVICES POUR ÉTUDIANTS AYANT UNE INVALIDITÉ PERMANENTE

*À remplir par l'étudiant et un conseiller ou agent chargé du cas d'un centre pour étudiants ayant une invalidité*

<b>RENSEIGNEMENTS PERSONNELS</b>		N° de dossier «12»
Prénom «1»	Nom «2»	Date de naissance 1984/01/01
Adresse		Ville
Province	Code postal	Numéro de téléphone
Nom de l'établissement d'enseignement UNIVERSITY OF WINNIPEG		Numéro de l'étudiant 5874124
Dates de la période d'études September 1, 2009 à April 21, 2010		

### CHARGE DE COURS

- Cocher cette case si un programme de cours allégé est requis (40-59 %). S'il s'agit d'une première demande du genre, des **documents médicaux à l'appui** doivent être annexés au présent formulaire et fournir des explications détaillées des raisons pourquoi l'étudiant ne peut avoir une charge de cours minimale de 60 %.

### NATURE DE L'INVALIDITÉ

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité avec déficit de l'attention | <input type="checkbox"/> Déficience physique      |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive                       | <input type="checkbox"/> Invalidité psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage                   | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle      |
| <input type="checkbox"/> Invalidité neurologique                   | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____   |

### COÛTS DES ÉTUDES LIÉS À L'INVALIDITÉ

**REMARQUE :** Le soutien est limité aux services et à l'équipement requis dans cette demande et varie selon la nature de l'invalidité.

Si je reçois une bourse pour les coûts des études liés à mon invalidité, j'accepte par les présentes de fournir, à la fin de ma période d'études, des reçus prouvant que les fonds ont été dépensés aux fins prévues.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

Date limite de remise de la demande et de tous les renseignements requis : au plus tard le «15».

SUITE AU VERSO

# Formulaire d'établissement des coûts en vue de l'obtention de la Bourse canadienne pour étudiants

*Ce document doit être remis au plus tard le «15»*

Nom de l'étudiant : TESTING, RURAL COMMUTING  
Établissement : UNIVERSITY OF WINNIPEG

Dossier n° : 06254  
Numéro de l'étudiant : 5874124

<b>Services :</b>	<b>Montant réclamé</b>	<b>Réservé à l'administration  Total</b>
Tuteur _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Surveillant _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Preneur de notes _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Photocopie _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Interprète _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Média substitut _____ \$ heures/crédits x _____ \$ par heure/crédit	_____ \$	_____ \$
Autres services : _____	_____ \$	_____ \$
Autres services : _____	_____ \$	_____ \$
<b>Équipement lié à l'invalidité (fournir deux prix pour chacun) :</b>		
Matériel (préciser) _____	_____ \$	_____ \$
Logiciel (mentionner les programmes, p. ex., Read and Write Gold, etc)	_____ \$	_____ \$
Équipement spécialisé (préciser) _____	_____ \$	_____ \$
<b>Autre :</b>		
Évaluation psychologique et de l'apprentissage (remarque : Aide aux étudiants Manitoba paie 75 % des coûts jusqu'à concurrence de 1 200 \$)	_____ \$	_____ \$
Autre : _____	_____ \$	_____ \$
Autre : _____	_____ \$	_____ \$
<b>Total :</b>	_____ \$	_____ \$

Je soussigné, ai rencontré l'étudiant susmentionné. Nous avons discuté des services et de l'équipement requis et je suis d'avis que les montants précisés ci-dessus sont conformes aux besoins et aux coûts, au meilleur de mes connaissances.

\_\_\_\_\_  
Nom et n° de téléphone du conseiller des services aux personnes handicapées (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Date

