

## Demande de Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille		Prénom		Second prénom	
Pseudonyme		Date de naissance			
Adresse			Code postal		
Ville		Province		N° de téléphone	
Adresse postale (si différente)					
Parent le plus proche, tuteur ou subrogé (nom, adresse et n° de téléphone)					

### IMPORTANT – VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE SECTION AU COMPLET

Nom de la personne présentant la demande	
Programme ou organisme	
Adresse (y compris le code postal)	
N° de téléphone	
N° de télécopieur	
Adresse de courriel	
Date de la demande	

### OFFICE DE SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE (s'il y a lieu)

Nom de l'office		Nom du gestionnaire de cas	
Adresse du bureau		Code postal	
Ville		N° de téléphone	
Courriel		N° de télécopieur	
Type de placement (foyer nourricier, foyer de groupe, etc.)		Financement approuvé des SEF ( <b>joindre le plan de services</b> )	
Planifiez-vous continuer le placement actuel après l'âge de 18 ans?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### FORMATION

Le demandeur fréquente-t-il l'école actuellement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le nom de l'école:	

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Zone ou région communautaire		N° SAMIN		N° inFACT	
Personne-ressource de la zone communautaire ou région					

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU HANDICAP

Veuillez énumérer tous les handicaps spécifiques qui pourraient se rapporter aux critères d'admissibilité figurant aux pages 4 et 5. Le nom et le numéro de téléphone du médecin, du psychologue ou du psychiatre sont requis au cas où il serait nécessaire de confirmer leurs rapports.

Handicap principal			
Handicap(s) secondaire(s)			
Renseignements additionnels			
Médecin de famille		N° de téléphone	
Psychologue		N° de téléphone	
Psychiatre		N° de téléphone	

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVALUATION

**Veuillez noter: Une évaluation clinique avec des tests psychométriques faits par un psychologue agréé ou un psychologue scolaire est requise afin de pouvoir confirmer qu'une personne présente une réduction marquée des fonctions intellectuelles se manifestant avant l'âge de 18 ans.**

Le demandeur a-t-il été officiellement évalué par un psychologue agréé ou un psychologue scolaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le nom du psychologue	
Date de l'évaluation	
Avez-vous inclus une copie de l'évaluation psychologique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, veuillez expliquer pourquoi?	

### MOTIFS DU RENVOI

Veuillez confirmer les motifs du renvoi en cochant les services qui pourraient s'avérer nécessaires. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Planification à la majorité	<input type="checkbox"/>
Renvois aux Services aux enfants handicapés	<input type="checkbox"/>
Gestion des cas	<input type="checkbox"/>
Emploi ou Services de jour	<input type="checkbox"/>
Services en résidence	<input type="checkbox"/>
Service de relèvement	<input type="checkbox"/>
Services cliniques	<input type="checkbox"/>

**Veuillez noter :** La prestation des programmes et les soutiens fournis dans le cadre des Services d'intégration communautaire pour les personnes handicapées sont soumis à l'évaluation des besoins, aux cycles budgétaires annuels, aux affectations régionales et à la disponibilité des ressources.

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS AU MINISTÈRE DES FAMILLES (Veuillez imprimer et signer la copie papier)

Nom du demandeur: \_\_\_\_\_

JE, \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_  
NOM
ADRESSE COMPLÈTE

consens à la présente demande de services auprès des Services d'intégration communautaire pour les personnes handicapées offertes par l'entremise du ministère des Familles. J'autorise la Province du Manitoba, Familles Manitoba, et leurs représentants, à se procurer auprès des médecins, hôpitaux, écoles, organismes de services sociaux, ou de toute autre source pertinente, les renseignements d'ordre médical, psychologique ou psychiatrique nécessaires en vue de confirmer l'admissibilité du demandeur susnommé aux services. Je comprends qu'une autorisation de communiquer des renseignements plus détaillés pourrait devoir être remplie au début de la prestation des services afin de mettre au point un plan de services approprié.

Je comprends aussi que les renseignements obtenus ou discutés seront traités de manière confidentielle et que cette autorisation de communiquer des renseignements n'est valide que pour une période d'un an à partir de la date indiquée aux présentes.

Signature: \_\_\_\_\_  
DEMANDEUR

\*Signature: \_\_\_\_\_  
PARENT, TUTEUR OU SUBROGÉ

Date: \_\_\_\_\_ Témoin : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE

**\*Veuillez noter:** Une autorisation légale est requise lorsque le demandeur est âgé de moins de 18 ans, lorsqu'un subrogé a été nommé ou lorsqu'un Ordre de nomination d'un curateur public a été rendu.

### LISTE DE VÉRIFICATION DE LA DEMANDE

Veuillez confirmer ce qui suit:

- ☐ La demande est **remplie en entier**.
- ☐ Tous les documents justificatifs ont été joints à la demande, y compris les rapports professionnels et les évaluations des médecins, psychologues et psychiatres.
- ☐ L'autorisation de communiquer des renseignements est signée et jointe à la demande.

**Veuillez noter:** Les demandes incomplètes pourraient être retournées à l'auteur du renvoi afin qu'elles soient dûment remplies. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de demander des renseignements supplémentaires afin de confirmer l'admissibilité ou de mettre au point un plan de services individuel.

Veuillez envoyer le document de renvoi dûment rempli et les documents justificatifs à la région ou zone communautaire la plus proche de votre adresse de résidence. Si vous avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec votre bureau régional ou communautaire.

## **Notes importantes concernant les demandes de Services d'intégration communautaire des personnes handicapées**

Pour être admissible aux Services d'intégration communautaire des personnes handicapées, une personne doit satisfaire à tous les critères suivants:

- réduction marquée du fonctionnement intellectuel;
- réduction du comportement adaptatif;
- manifestation de ces faiblesses avant l'âge de 18 ans.

En outre, la personne doit:

- être âgée de 18 ans ou plus (les renvois devraient être faits avant l'âge de 16 ans pour des besoins de planification);
- avoir une résidence permanente hors réserve au Manitoba;
- avoir la citoyenneté canadienne ou être un adulte légalement autorisé à résider et à travailler au Canada de manière permanente, et être un résident du Manitoba.

Une évaluation clinique faite par un spécialiste qualifié (un psychologue agréé ou un psychologue scolaire) est requise afin de pouvoir confirmer qu'une personne présente une réduction marquée des fonctions intellectuelles se manifestant avant l'âge de 18 ans. L'évaluation clinique est normalement basée sur une évaluation directe de la personne, faite au moyen d'un ou de plusieurs tests d'intelligence normalisés, administrés individuellement. Veuillez noter que le ministère n'acceptera pas l'Échelle d'intelligence abrégée de Wechsler dans le but de confirmer l'admissibilité. Les renseignements concernant l'évaluation doivent être actuels et concluants.

Les renseignements sont considérés comme actuels si:

- la personne était âgée d'au moins 15 ans au moment de l'évaluation\*;
- l'évaluation a été faite dans les cinq dernières années si la personne était âgée de moins de 18 ans au moment de l'évaluation;
- l'évaluation a été faite dans les dix dernières années si la personne était âgée de 18 et plus ans au moment de l'évaluation;

Les renseignements découlant de l'évaluation sont considérés comme concluants si un spécialiste qualifié a rempli l'évaluation et si lesdits renseignements:

- fournissent une conclusion ou une interprétation clinique des résultats dérivés attestant que la personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel;
- ne contiennent aucune restriction ni condition susceptible d'avoir une incidence sur la validité des résultats des tests.

Le diagnostic d'un syndrome clinique fait par un médecin doit être accompagné de renseignements psychométriques indiquant le niveau de l'affaiblissement intellectuel.

Le comportement adaptatif concerne la capacité de la personne à faire face aux exigences de la vie quotidienne et à répondre à la norme d'autonomie attendue d'une personne du même âge, ayant les mêmes antécédents socioculturels et vivant dans le même cadre communautaire. Les faiblesses de la personne devraient être déterminées en fonction du cadre dans lequel les personnes du même âge vivent, apprennent, travaillent et interagissent habituellement. Il existe un certain nombre d'outils d'évaluation du comportement adaptatif disponibles et ils sont généralement administrés par un professionnel ayant reçu la formation appropriée (spécialiste du comportement, psychologue, ergothérapeute).

\*Les évaluations faites à l'âge de 13 ou 14 ans seront considérées comme acceptables en tant que référence « de base » des aptitudes intellectuelles des personnes ayant fait l'objet d'un renvoi avant l'âge 18 ans. Cependant, les spécialistes auront à fournir un document écrit confirmant la validité des résultats de l'évaluation en tant qu'indication des aptitudes intellectuelles actuelles de la personne, de façon à confirmer que la personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel au moment présent. Cette confirmation exigera une observation directe de l'enfant (par le spécialiste) ainsi qu'un examen de toute autre source d'information de validation.

## SERVICES À WINNIPEG

BUREAU DE LA ZONE COMMUNAUTAIRE	ADRESSE DES BUREAUX	Code postal	N° DE TÉLÉPHONE	N° DE TÉLÉCOPIEUR
Centre-ville/Point Douglas	111, rue Rorie, bureau 2 Winnipeg (Manitoba)	R3B 3N1	204 948-4001	204 948-1334
River East/Transcona	975, chemin Henderson Winnipeg (Manitoba)	R2K 4L7	204 938-5100	204 938-5229
River Heights et Fort Garry	135, promenade Plaza Winnipeg (Manitoba)	R3T 6E8	204 938-5500	204 940-7481
Saint-Boniface/Saint-Vital	170, rue Goulet, bureau 3 Winnipeg (Manitoba)	R2H 0R7	204 945-2270	204 948-3282
St. James et Assiniboine Sud	280, promenade Booth Winnipeg (Manitoba)	R3J 3R7	204 940-8365	204 940-2636
Seven Oaks et Inkster	1050, avenue Leila, bureau 3 Winnipeg (Manitoba)	R2P 1W6	204 938-5600	204 938-5609

## SERVICES RURAUX ET DU NORD

BUREAUX RÉGIONAUX	ADRESSE DES BUREAUX	Code postal	N° DE TÉLÉPHONE	N° DE TÉLÉCOPIEUR
CENTRE – Morden	290, rue North Railway Morden (Manitoba)	R6M 1S7	204 822-2861	204 822-2879
CENTRE – Portage-la-Prairie	25, rue Tupper Nord, bureau 106 Portage-la-Prairie (Manitoba)	R1N 3K1	204 239-3092	204 239-3198
RÉGION DE L'OUEST	340, 9 <sup>e</sup> Rue Brandon (Manitoba)	R7A 6C2	204 726-6336	204 726-6539
RÉGION D'ENTRE-LES-LACS	446, rue Main, bureau 101 Selkirk (Manitoba)	R1A 1V7	204 785-5106	204 785-5321
RÉGION DE L'EST	323, rue Main, bureau 242 Steinbach (Manitoba)	R5G 1Z2	204 346-6390	204 346-6394
RÉGION DES PARCS	27, 2 <sup>e</sup> Avenue S.-O., bureau 309 Dauphin (Manitoba)	R7N 3E5	204 622-2035	204 638-3278
NORD – Thompson	59, promenade Elizabeth, C. P. 5 Thompson (Manitoba)	R8N 1X4	204 677-6570	204 677-6517
NORD – Flin Flon	143, rue Main, bureau 102 Flin Flon (Manitoba)	R8A 1K2	204 687-1700	204 687-1708
NORD – The Pas	3 <sup>e</sup> Avenue et Avenue Ross, C. P. 2550 The Pas (Manitoba)	R9A 1M4	204 627-8230	204 623-5792