

Partie du parent¹

Soutien aux enfants Demande de supplément pour enfant handicapé

Le supplément pour enfant handicapé a pour but d'aider les familles à assumer la garde, les soins et l'éducation d'un enfant dont le handicap est important.

Vous pouvez avoir droit à ce supplément si :

Votre enfant a un handicap qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne et dont la durée prévisible est d'au moins un an.

Les activités de la vie quotidienne sont celles que votre enfant peut faire, selon son âge, pour prendre soin de lui et participer à la vie sociale, comme communiquer, apprendre, se déplacer, se nourrir et s'habiller.

L'équipe médicale de la Régie des rentes du Québec évalue l'importance du handicap selon les **critères** contenus dans les dispositions du *Règlement sur les impôts* relatives au supplément pour enfant handicapé.

Pour connaître ces critères, vous pouvez :

- consulter le Règlement sur notre site Web à l'adresse www.rrq.gouv.qc.ca;
- nous téléphoner (coordonnées à la page suivante).

Si la situation de l'enfant ne correspond pas aux cas décrits dans l'annexe C.1 du Règlement, l'importance du handicap sera évaluée selon les critères suivants :

- les **incapacités** que votre enfant éprouve malgré l'utilisation des moyens disponibles pour faciliter sa vie;
- les **obstacles** que votre enfant rencontre dans son milieu;
- les **contraintes** que vit son entourage.

Que devez-vous faire avec les documents suivants?

Partie du parent

- Veuillez remplir, signer et retourner la **Partie du parent**.
- N'oubliez pas de fournir tous les documents demandés au tableau *Documents que le parent doit fournir* aux **pages 3 et 4**.

Partie du professionnel

- Inscrivez le nom de votre enfant à la **section 1.1** et signez le consentement à la **section 1.2** de la **Partie du professionnel**.
- Remettez cette partie au professionnel qui a évalué ou traité votre enfant et qui connaît le mieux sa condition (médecin, physiothérapeute, psychologue ou autre professionnel). Il la remplira et nous la fera parvenir.

1. À des fins de simplification, le terme *parent* utilisé dans le présent formulaire représente la personne, ou le conjoint de celle-ci, qui est responsable des soins et de l'éducation de l'enfant et qui réside avec lui.

Pour obtenir plus de renseignements



Par Internet

www.rrq.gouv.qc.ca



Par téléphone

Région de Québec : 418 643-3381

Région de Montréal : 514 864-3873

Sans frais : 1 800 667-9625



Par téléscripteur

Personnes sourdes ou malentendantes

Sans frais : 1 800 603-3540

Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande.

L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

Veillez remplir le formulaire et le retourner à :

Régie des rentes du Québec

Case postale 7777

Québec (Québec) G1K 7T4

Documents que le parent doit fournir

IMPORTANT

Les diagnostics mentionnés dans les tableaux ci-dessous ne sont que des exemples pour vous aider à déterminer dans quelle catégorie se situe le handicap de votre enfant. Pour que votre enfant soit admissible, il ne suffit pas qu'il présente un diagnostic listé dans les tableaux. Sa condition doit correspondre aux critères d'admissibilité définis dans la Loi et le Règlement sur les impôts.

Une photocopie des documents demandés est suffisante.

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous n'avez pas à joindre de document additionnel** à la Partie du parent. Le professionnel nous fera parvenir les documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

Catégories de handicap	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentation et digestion ▪ Allergies alimentaires ▪ Anomalies métaboliques ou héréditaires Ex. : anémie, diabète insulino-dépendant, fibrose kystique du pancréas, hémophilie ▪ Audition ▪ Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonctions cardiaque et vasculaire ▪ Fonctions rénale et urinaire ▪ Malformations congénitales et anomalies chromosomiques Ex. : trisomie, malformations multiples ▪ Vision

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous devez joindre à la Partie du parent les documents énumérés ci-dessous**. Le professionnel nous fera parvenir les autres documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

Catégories de handicap	Documents additionnels que le parent doit fournir
<p>Anomalies du système immunitaire Ex. : déficience immunitaire, infection à VIH, SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)
<p>Anomalies du système nerveux Ex. : épilepsie, syndrome de Gilles de la Tourette, traumatisme crânien</p>	<p>Syndrome de Gilles de la Tourette</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan scolaire de la page 7 à faire remplir par l'enseignant de votre enfant, s'il est d'âge scolaire. ▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Évaluation initiale en neurologie et en pédopsychiatrie, si votre enfant a été évalué ▪ Copie du suivi de la dernière année en neurologie et en pédopsychiatrie, si votre enfant est suivi dans ces spécialités <p>Ces deux derniers documents peuvent être fournis par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'ils nous seront transmis.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du parent.</p> </div>

Documents que le parent doit fournir (Suite)

Catégories de handicap	Documents additionnels que le parent doit fournir
Appareil locomoteur Ex. : arthrite, malformation d'un ou de plusieurs membres, paralysie (plexus brachial, diplégie, quadriplégie), hypotonie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation récente en physiothérapie si votre enfant a été évalué ▪ Évaluation récente en ergothérapie si votre enfant a été évalué Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.
Fonction respiratoire Ex. : asthme sévère	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Copie du suivi médical de la dernière année pour le problème respiratoire, y compris les consultations en pneumologie, les visites à l'urgence et les feuilles sommaires d'hospitalisation
Retard psychomoteur Ex. : retard global de développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation multidisciplinaire qui comprend les rapports des professionnels suivants si votre enfant a été évalué : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ergothérapeute ▪ physiothérapeute ▪ orthophoniste ▪ psychologue Ces rapports peuvent être fournis par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'ils nous seront transmis.
Déficiência intellectuelle Ex. : retard mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan scolaire de la page 7 à faire remplir par l'enseignant de votre enfant, s'il est d'âge scolaire.
Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs Ex. : trouble déficitaire de l'attention, trouble de l'opposition, trouble des conduites, psychose, maladie bipolaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan scolaire de la page 7 à faire remplir par l'enseignant de votre enfant, s'il est d'âge scolaire. ▪ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ▪ Évaluation récente en psychologie si votre enfant a été évalué ▪ Évaluation récente et copie des notes d'évolution des 12 derniers mois en pédopsychiatrie si votre enfant est suivi Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'ils nous seront transmis.
Troubles du langage Ex. : dysphasie, dyspraxie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan scolaire de la page 7 à faire remplir par l'enseignant de votre enfant, s'il est d'âge scolaire. ▪ Évaluation récente et complète en orthophonie ▪ Évaluation intellectuelle récente par un psychologue si votre enfant a été évalué ▪ Évaluation récente du comportement adaptatif (ex. : EQCA ou Vineland) si le test a été fait Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous seront transmises.
Troubles envahissants du développement Ex. : autisme, syndrome d'Asperger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annexe : Bilan scolaire de la page 7 à faire remplir par l'enseignant de votre enfant, s'il est d'âge scolaire.

1.3.2 Hospitalisation

Votre enfant a-t-il été hospitalisé durant plus de 24 heures au cours des 12 derniers mois en raison du problème de santé pour lequel vous demandez le supplément pour enfant handicapé? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le début de l'hospitalisation et sa durée approximative :

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

1.3.3 Suivi des spécialistes

Veuillez inscrire le nom des spécialistes qui ont évalué ou suivi régulièrement votre enfant au cours des 12 derniers mois et leur spécialité (neurologie, cardiologie, psychologie, orthophonie ou autre).

Nom	Spécialité

1.4 Votre signature

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature _____ Date

année	mois	jour

Mère Père Tuteur Autre. Précisez : _____

IMPORTANT

Vous devez :

- inscrire le nom de votre enfant à la **section 1.1** et signer le consentement à la **section 1.2** de la **Partie du professionnel**;
- remettre cette partie au professionnel. Il la remplira et nous la fera parvenir;
- nous transmettre, le plus rapidement possible, la **Partie du parent** et, selon le handicap de votre enfant, **tous les documents demandés** dans le tableau des pages 3 et 4, car un paiement rétroactif pourrait s'appliquer.

Note : Le supplément peut être versé rétroactivement pour les mois qui précèdent votre demande si, pendant cette période, la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité. Ce paiement rétroactif peut couvrir une période **maximale** de 11 mois.

N'oubliez pas d'inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents envoyés.

Bilan scolaire

Important : À remplir seulement si mentionné dans le tableau *Documents que le parent doit fournir* aux pages 3 et 4.

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent

1.1 Renseignements sur l'identité de votre enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
Nom de l'école	Téléphone de l'école ind. rég.	

1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les intervenants qui ont travaillé avec mon enfant communiquent à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date _____

Mère Père Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.

SECTION 2 Doit être remplie par l'enseignant

2.1 Acquis scolaires de l'enfant

Type de classe (ex. : régulière, spécialisée, de langage)	Ratio élèves/enseignant (ex. : 8 élèves/1 enseignant)
---	---

Précisez à quel niveau se situent les acquis scolaires de l'enfant.

Remplissez le tableau en utilisant les lettres correspondant au niveau. D : Début du niveau, M : Milieu du niveau, F : Fin du niveau.

	Préscolaire	1 ^{er} cycle		2 ^e cycle		3 ^e cycle		Secondaire Précisez le niveau.
		1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	1 ^{er}	2 ^e	
Lecture								
Mathématiques								

2.2 Services adaptés offerts par l'école à l'enfant (ex. : psychologie, T.E.S., orthophonie, psychoéducation, accompagnement)

Service	Fréquence (ex. : h/sem.)	Ratio élèves/intervenant	Date de la dernière évaluation

- Un **plan d'intervention** a-t-il été préparé pour cet élève? Non Oui (Veuillez le joindre à la demande.)
- Joignez le bulletin scolaire (et le bulletin adapté, s'il y a lieu) de l'année en cours et de l'année précédente.

Important : La section 1 doit être remplie par le **parent**.

Partie du professionnel

Soutien aux enfants

Demande de supplément pour enfant handicapé

Un enfant a droit au supplément pour enfant handicapé s'il a une **déficience** ou un **trouble du développement** qui le limite **de façon importante** dans ses activités de la vie quotidienne et dont la durée prévisible est d'**au moins un an**. Le diagnostic ne suffit pas pour donner droit au supplément. La condition de l'enfant doit correspondre aux critères d'admissibilité définis dans la Loi et le Règlement sur les impôts.

Pour connaître les **critères** d'admissibilité au supplément pour enfant handicapé, vous pouvez visiter le site Web de la Régie des rentes du Québec à l'adresse www.rrq.gouv.qc.ca, ou communiquer avec nous (coordonnées à la page 8).

Notez que :

- l'anomalie qui cause la **déficience** doit être confirmée par des signes objectifs à l'examen physique, par des tests biologiques ou par l'imagerie médicale;
- pour les **troubles du développement**, des critères d'admissibilité centrés sur l'importance de l'écart à la moyenne selon l'âge s'appliquent.

Les résultats d'évaluation et de tests standardisés situant l'enfant par rapport à ses pairs sont exigés pour appuyer le diagnostic et doivent être fournis à l'appui de la demande. Les résultats doivent être rapportés en mesures relatives (centiles, écarts types, quotient ou âge équivalent) et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné.

- Le diagnostic doit être **attesté par un membre d'un ordre professionnel** dans un rapport qui décrit les capacités et incapacités de l'enfant, les mesures de soutien requises, le traitement mis en place et les recommandations appropriées.

Documents que le professionnel doit fournir

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous n'avez pas de document additionnel à joindre** à la Partie du professionnel.

Catégories de handicap	
<ul style="list-style-type: none">▪ Alimentation et digestion▪ Fonctions cardiaque et vasculaire▪ Fonctions rénale et urinaire	<ul style="list-style-type: none">▪ Néoplasies Note : N'oubliez pas d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la nature et le stade de la lésion.▪ Vision

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous devez joindre à la Partie du professionnel les documents énumérés ci-dessous**.

Si vous ne pouvez nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.

Les déficiences	
Catégories de handicap	Documents additionnels que le professionnel doit fournir
Allergies alimentaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Tests d'allergies récents▪ Suivi médical de la dernière année en immunologie
Anomalies du système immunitaire	<ul style="list-style-type: none">▪ Tests de laboratoire récents▪ Suivi médical de la dernière année en immunologie
Anomalies métaboliques ou héréditaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Tests de laboratoire confirmant le diagnostic

Les déficiences (Suite)

Catégories de handicap	Documents additionnels que le professionnel doit fournir
Anomalies du système nerveux	<p>Syndrome de Gilles de la Tourette</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation initiale en pédopsychiatrie et en neurologie si disponible ▪ Copie des notes d'évolution de la dernière année en pédopsychiatrie et en neurologie si l'enfant est suivi dans ces spécialités <p>Note : N'oubliez pas de décrire les tics à la section 2.1 du formulaire.</p> <p>Épilepsie</p> <p>Note : N'oubliez pas d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, le type et la fréquence des crises ainsi que la date de la dernière crise.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du professionnel.</p> </div>
Appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation en physiothérapie ▪ Évaluation en ergothérapie ▪ Dans les cas d'arthrite : copie des notes d'évolution des 12 derniers mois en rhumatologie si l'enfant est suivi dans cette spécialité
Audition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audiogramme ▪ Évaluation complète en audiologie
Fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests de fonction respiratoire récents, si disponibles ▪ Copie du suivi médical de la dernière année pour le problème respiratoire, y compris les consultations en pneumologie, les visites à l'urgence et les feuilles sommaires d'hospitalisation
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultat de l'examen du caryotype

Les troubles du développement

Catégories de handicap	Documents additionnels que le professionnel doit fournir
Déficience intellectuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dernière évaluation intellectuelle, y compris les résultats des tests de QI et leur interprétation ▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : EQCA ou Vineland) si disponible
Retard psychomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation multidisciplinaire comprenant notamment, si disponibles, les rapports en : <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">▪ ergothérapie <li style="width: 50%;">▪ orthophonie <li style="width: 50%;">▪ physiothérapie <li style="width: 50%;">▪ psychologie
Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation en psychologie si disponible ▪ Évaluation et suivi des 12 derniers mois en pédopsychiatrie si disponibles
Troubles du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation complète et récente en orthophonie ▪ Évaluation intellectuelle récente si disponible ▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : EQCA ou Vineland) si disponible
Troubles envahissants du développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation complète en pédopsychiatrie ou évaluation multidisciplinaire ▪ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : EQCA ou Vineland)

Si vous ne pouvez nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.

Partie du professionnel

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent ▶

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance <small>année mois jour</small>
----------------	--------	---

1.2 Consentement à communiquer des renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant communiquent à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date année mois jour

Mère Père Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut donner son consentement.

SECTION 2 Doit être remplie par le professionnel

2.1 Diagnostics (à remplir dans tous les cas)

Diagnostics	Date du diagnostic	Date du début de l'investigation
	<small>année mois jour</small>	<small>année mois jour</small>

Date de la dernière visite pour services professionnels d'évaluation, de suivi ou de thérapie année mois jour

Fréquence des visites : _____

Éléments objectifs				
Poids	Taille	Mesurés en date du <small>année mois</small>	Prématurité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Âge de gestation <small>semaines</small>

Signes pertinents observés :

- Veuillez décrire la déficience, la malformation ou l'anomalie.
- Syndrome de Gilles de la Tourette : veuillez décrire les tics.
- Néoplasie : veuillez décrire la nature et le stade de la lésion.

Épilepsie : Veuillez décrire le type de crise (ex. : crise tonico-clonique, crise partielle, absence) : _____

Fréquence des crises : _____ Date de la dernière crise année mois

Tests biologiques ou imagerie médicale confirmant le diagnostic : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.2 Traitements et recommandations (à remplir dans tous les cas)

Oui	Non																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est suivi ou traité régulièrement par des spécialistes médicaux ou paramédicaux.																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Spécialité</th> <th>Depuis</th> <th>Fréquence</th> <th>Durée prévisible</th> </tr> <tr> <td></td> <td>année mois</td> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Spécialité	Depuis	Fréquence	Durée prévisible		année mois														
Spécialité	Depuis	Fréquence	Durée prévisible																			
	année mois																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a subi ou doit subir des interventions chirurgicales.																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Déjà faites</th> <th>Prévues (date ou âge)</th> </tr> <tr> <td>année mois</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Déjà faites	Prévues (date ou âge)	année mois																	
Déjà faites	Prévues (date ou âge)																					
année mois																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant prend une médication régulière.																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Depuis</th> <th>Nom du médicament et dose totale quotidienne</th> <th>Continue</th> <th>Discontinue</th> <th>Mois/année</th> </tr> <tr> <td>année mois</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Depuis	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	Mois/année	année mois		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depuis	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	Mois/année																		
année mois		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a eu des hospitalisations ou des décompensations sévères durant la dernière année.																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Durée</th> </tr> <tr> <td>année mois</td> <td>jours</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Date	Durée	année mois	jours																
Date	Durée																					
année mois	jours																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant reçoit une oxygénothérapie quotidienne à domicile.																				
		année mois																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il reçoit une radiothérapie ou une chimiothérapie. Si oui, depuis																				
		année mois																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il a besoin d'accessoires adaptés ou d'une aide exceptionnelle pour boire, s'alimenter, s'habiller ou effectuer ses soins d'hygiène. Précisez : _____																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il a besoin d'un accompagnateur pour fréquenter la garderie ou l'école. Décrivez le type d'accompagnement et le rôle de l'accompagnateur, et précisez le nombre d'heures par semaine : _____																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il fréquente un centre de jour psychiatrique, une école adaptée ou une classe adaptée. Précisez : _____																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'état de l'enfant peut s'améliorer. Si oui, la Régie devrait le réévaluer vers																				
		année mois																				
		ou à l'âge de																				

2.3 Renseignements complémentaires

2.3.1 Prématurité

 Ne s'applique pas

Âge de gestation sem. Poids à la naissance kg Durée de l'hospitalisation initiale sem.

Complications relatives à la prématurité :

Pulmonaire : Membranes hyalines Pneumothorax Hémorragie pulmonaire Dysplasie BP

Cardiaque : Canal artériel Autres. Précisez : _____

Digestive : HAIV Gavages, durée prévue : _____ Entérocolite nécrosante Retard de croissance

Neurologique : HIV, grade : _____ Leucomalacie DMC

Ophtalmologique : Rétinopathie, grade : _____

Débalancement métabolique : _____

Retard global de développement (indiquez le quotient de développement [échelle de Griffiths ou autre]) : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : _____

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.

2.3.2 Déficience visuelle

Aucune

Acuité mesurée aux deux yeux simultanément, après correction : _____ Date de l'examen _____
année mois jour

Méthode : Fixation Allen Snellen Autre : _____

Évaluation incertaine. Enfant à réévaluer à l'âge de _____

Potentiels évoqués visuels : _____ Électrorétinogramme : _____

Champ de vision des deux yeux mesuré alors que le sujet fixe un point central :

Normal Non évalué Mesure _____ degrés dans son plus grand diamètre

Oui Non

L'enfant porte des lentilles cornéennes en raison d'une aphakie bilatérale. Si oui, depuis _____
mois

Il a une occlusion _____ h/jour Durée prévue _____ mois Acuité visuelle corrigée de l'oeil non occlus : _____

Il utilise des moyens adaptés pour étudier : Manuels spécialisés Documents audio Appareils grossissants
 Braille Autres. Précisez : _____

Il a besoin d'aide pour ses déplacements. Précisez : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (ex. : services spécialisés) : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.3.3 Déficience auditive

Aucune

Veillez joindre un audiogramme récent à la demande.

Si l'évaluation de l'audition est faite autrement que par audiométrie tonale, les renseignements qui permettent d'apprécier la fiabilité de la méthode doivent être fournis.

Première évaluation faite le _____
année mois jour par audiométrie tonale

une autre méthode. Précisez : _____

Oui Non

L'enfant a un implant cochléaire. Chirurgie à l'âge de _____

Malgré un appareillage approprié, il présente un retard de langage oral très important. **Veillez joindre une copie du rapport en orthophonie.**

Il fréquente une école spécialisée pour déficients auditifs. Précisez : _____

Il est scolarisé en classe régulière avec des mesures de soutien. Précisez : _____

Il porte ses prothèses auditives. Si non, indiquez pourquoi : _____

L'enfant communique principalement à l'aide du langage gestuel.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap et qui ne sont pas spécifiés dans le rapport orthophonique ou audiologique : _____

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.

2.3.4 Limitations motrices (appareillage et transport adapté) Aucune**Oui Non**

- L'enfant doit utiliser un fauteuil roulant.
- Il porte une ou des orthèses, du type suivant : _____ le jour la nuit
- Il a des limitations motrices qui l'empêchent de marcher jusqu'à l'école ou jusqu'à l'arrêt d'autobus.
- Il a besoin d'assistance ou de rampes pour utiliser les escaliers selon son âge.
- Il a besoin d'une aide technique pour le positionnement, les déplacements ou la réalisation des activités de la vie quotidienne. Précisez : _____
- Il a besoin d'un transport adapté ou de modifications architecturales du domicile ou du milieu éducatif.
- Il a une atteinte à un membre supérieur qui entraîne une préhension inefficace d'une main ou empêche les activités de la vie quotidienne bimanuelles.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : _____

2.3.5 Limitations cardio-respiratoires Aucune**Oui Non**

- L'enfant a des signes ou symptômes qui limitent les activités quotidiennes habituelles à cet âge :
 au repos à la marche en montant un escalier à la course
- Il a des restrictions médicalement prescrites à éviter :
 toute activité sportive les sports de compétition les sports de contact
 les autres activités suivantes : _____
- Il a un syndrome restrictif et sa capacité vitale est inférieure à 50 %, soit _____ %.
- Il y a présence d'irritants respiratoires évitables dans son environnement. Je l'ignore.
 Si oui, précisez (tabac, animaux, etc.) : _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (ex. : effets secondaires des médicaments) : _____

2.3.6 Limitations pour l'alimentation et l'excrétion Aucune**Oui Non**

- | | | | Depuis | Durée prévisible |
|--------------------------|--------------------------|--|--------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L'enfant est alimenté par un tube de gavage. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une stomie, du type suivant : _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il requiert l'usage quotidien d'un cathéter vésical. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une insuffisance rénale chronique et subit une dialyse. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Il a une incontinence diurne (anormale pour l'âge) qui requiert des soins quotidiens : <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> urinaire | | |
- Si oui, décrivez les soins ou les fournitures nécessaires : _____

- Il doit suivre une diète comportant des restrictions majeures. Si ces restrictions résultent d'allergies, fournissez les résultats des tests et décrivez les manifestations allergiques pour chacun des aliments en cause : _____

- Bien qu'il ait une allergie aux oeufs, il les tolère comme ingrédients dans les mélanges cuits (ex. : gâteaux, biscuits, muffins).

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (ex. : effets secondaires des médicaments) : _____

2.3.7 Retard psychomoteur ou cognitif

Aucun

Oui Non

- L'enfant a moins de 5 ans et présente un retard de développement qui correspond à moins de la moitié de l'âge chronologique. Quotient de développement : _____
- L'enfant : rampe marche mange seul a acquis la continence diurne
- Langage parlé : aucun quelques mots exprime ses besoins
- L'enfant a une déficience intellectuelle. Si oui, **veuillez nous envoyer les résultats des tests de QI** (en mesures relatives) et leur interprétation quant au fonctionnement scolaire et social, ainsi que les résultats, si disponibles, de l'évaluation des **comportements adaptatifs** selon une échelle reconnue (ex. : EQCA ou Vineland).
- L'enfant a des difficultés suffisantes pour limiter sévèrement son autonomie dans les domaines suivants :
- la motricité globale le langage expressif les interactions sociales
- la motricité fine le langage réceptif autre. Précisez : _____
- L'enfant présente un retard dans l'acquisition des concepts préscolaires ou des connaissances scolaires.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.3.8 Troubles du langage

Aucun

Oui Non

- L'enfant vit dans un contexte multilingue.
- Langues parlées : dans son milieu familial : _____ en garderie : _____
- pour la scolarisation : _____ pour l'évaluation orthophonique : _____
- Le langage oral de l'enfant est absent ou très rudimentaire.
- La compréhension du langage oral par l'enfant est très limitée.
- Il a un trouble du langage oral évalué en orthophonie. **Si oui, veuillez nous envoyer le rapport complet d'évaluation des aspects réceptif et expressif du langage de l'enfant**, y compris les résultats aux tests standardisés en mesures relatives (centiles, écarts types ou âge équivalent), et non en données brutes. L'interprétation des résultats doit tenir compte de l'attitude de l'enfant et de son rendement lors de la passation des tests. Les résultats formels doivent être accompagnés d'une analyse qualitative du langage oral.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap et qui ne sont pas spécifiés dans le rapport orthophonique :

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.3.9 Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs

 Aucun

Oui Non

- L'enfant a des intérêts restreints et stéréotypés, des rituels inflexibles.
- Il a un contact visuel pauvre, une réciprocité émotionnelle absente ou restreinte.
- Il participe à des jeux avec d'autres enfants.
- Il a un faible jugement social ou des réactions et des comportements inappropriés pour son âge, selon les règles sociales explicites ou tacites de son milieu culturel.
- Il a fréquemment des comportements hostiles ou violents envers les autres.
- Il peut jouer dans la maison, la cour ou le voisinage avec une supervision adaptée à son âge.
- Il y a présence de stressseurs environnementaux ou familiaux qui ont actuellement une influence néfaste sur le fonctionnement global de l'enfant.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

2.4 Signature

Nom de famille		Prénom		Profession	
Adresse (numéro, rue, appartement)				Numéro de licence	
Ville		Province		Code postal	
Téléphone <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>		Poste	
Signature _____				Date <small>année mois jour</small>	

Important

Vous devez :

- nous faire parvenir la **Partie du professionnel**, le plus rapidement possible, dans l'enveloppe ci-jointe ou à l'adresse ci-dessous;
- **joindre tous les documents demandés** (rapports, évaluations, résultats de tests et notes de suivi). Afin de vous assurer d'avoir joint tous les documents utiles, veuillez vous référer au tableau *Documents que le professionnel doit fournir* aux pages 1 et 2 du présent formulaire.

Pour plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

Régie des rentes du Québec
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4

Région de Québec : 418 643-3381
Région de Montréal : 514 864-3873
Ailleurs au Québec : 1 800 667-9625

Internet : www.rrq.gouv.qc.ca

Assurez-vous d'avoir rempli les sections 2.1 et 2.2 du formulaire.