

Demande de supplément pour enfant handicapé

Soutien aux enfants

Le supplément pour enfant handicapé est une aide financière accordée pour un enfant de moins de 18 ans ayant une **déficiences** ou un **trouble des fonctions mentales** qui le limite de façon importante dans la réalisation de ses habitudes de vie pendant une période prévisible d'au moins un an. Pour avoir droit à ce supplément, vous devez recevoir le paiement de Soutien aux enfants pour cet enfant.

Qu'est-ce qu'une déficiences?

Une déficiences est une altération persistante histologique, anatomique ou métabolique d'un système organique, ou une altération persistante de la fonction physiologique correspondante.

Qu'est-ce qu'un trouble des fonctions mentales?

Un trouble des fonctions mentales entraîne des perturbations cliniquement significatives et persistantes sur le plan cognitif, langagier, comportemental et de la régulation des émotions, qui empêchent ou retardent l'intégration des expériences et des apprentissages ou compromettent l'adaptation de l'enfant.

À quoi correspondent les habitudes de vie?

Les habitudes de vie sont celles qu'un enfant doit réaliser, **selon son âge**, pour prendre soin de lui-même et participer à la vie sociale. Les habitudes de vie qui sont considérées dans l'analyse des demandes sont les suivantes :

- la nutrition;
- les soins personnels;
- les déplacements;
- la communication;
- les relations interpersonnelles;
- les responsabilités;
- l'éducation.

Comment déterminons-nous l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé?

Notre équipe de professionnels de la santé détermine l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé selon certains critères. Si la condition de l'enfant ne correspond pas à ces critères, elle est évaluée en fonction de l'importance des limitations vécues par l'enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie selon son âge pendant une période prévisible d'au moins un an. L'évaluation des limitations tient compte des incapacités qui résultent de la déficiences ou du trouble des fonctions mentales. Elle considère également l'effet des facilitateurs et des obstacles présents dans l'environnement de l'enfant qui favorisent ou entravent la réalisation de ses habitudes de vie.

Un diagnostic de déficiences ou de trouble des fonctions mentales ne peut pas à lui seul déterminer l'importance des limitations et l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Le paiement peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au supplément pour enfant handicapé, celui-ci peut être versé rétroactivement pour une période de 11 mois précédant le mois de réception de votre demande si la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité pendant cette période.

Comment faire votre demande

1. Répondez à toutes les questions de la Partie du parent, signez-la et retournez-la-nous rapidement. **La date de réception de votre demande pourrait déterminer la date du début de vos versements.**
2. Remplissez la section 1 de la Partie du professionnel. Elle doit être remise au professionnel qui connaît le mieux la condition de votre enfant. Pour ce faire, des honoraires peuvent vous être réclamés et ils sont à vos frais.

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.

3. Retournez la Partie du professionnel avec les documents demandés dans le tableau des pages 3 et 4, selon le handicap de votre enfant.

4. Inscrivez votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents que vous envoyez et faites-les-nous parvenir dans l'enveloppe-réponse ci-jointe ou à l'adresse suivante:

Retraite Québec
Soutien aux enfants
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4

Nouvelles informations

Si vous recevez de nouvelles informations concernant la condition de votre enfant au cours des 12 mois suivant l'envoi de votre demande, veuillez nous les transmettre **dès que possible** afin que nous puissions en tenir compte dans l'analyse de votre dossier. **Veillez noter qu'à l'intérieur de ce délai, il n'est pas nécessaire de remplir de nouveau les parties du parent et du professionnel.**

Supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels (SEHNSE)

Votre enfant pourrait également être admissible au SEHNSE s'il a de **graves et multiples incapacités** ou si sa condition **nécessite des soins médicaux complexes à domicile** qui l'empêchent de réaliser de manière autonome les habitudes de vie d'un enfant de son âge. Nous vous invitons à consulter notre site Web pour plus d'informations sur ce programme.

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.

Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet

Mon dossier

Accédez à votre dossier
en tout temps

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : **418 643-3381**

Région de Montréal : **514 864-3873**

Sans frais : **1 800 667-9625**

Le dépôt direct : la solution pour recevoir vos versements

Si ce n'est pas déjà fait, inscrivez-vous au dépôt direct pour recevoir vos versements dans votre compte. Faites-le par Internet au www.retraitequebec.gouv.qc.ca ou communiquez avec nous.

Documents que vous devez fournir

Les déficiences	
Catégories de handicap	Documents que vous devez fournir
La vision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des 12 derniers mois en optométrie et en ophtalmologie ▪ Rapport d'évaluation en ergothérapie (basse vision) si votre enfant a été évalué
L'audition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'évaluation des 12 derniers mois en audiologie, y compris l'audiogramme et l'histoire de cas ▪ Rapport d'évaluation en orthophonie si votre enfant a été évalué ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant
L'appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation récent en ergothérapie si votre enfant a été évalué ▪ Rapport d'évaluation récent en physiothérapie si votre enfant a été évalué ▪ Rapport d'évaluation récent en psychologie, s'il y a lieu ▪ Pour les cas d'arthrite : copie des notes d'évolution médicale des 12 derniers mois
La fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ 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, s'il y a lieu
La fonction cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documents demandés par nos professionnels selon le cas
Les anomalies du système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports des évaluations initiales en neurologie, en psychologie et en pédopsychiatrie, s'il y a lieu ▪ Suivi médical des 12 derniers mois ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant
L'alimentation et la digestion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi médical des 12 derniers mois ▪ Pour les cas de maladie cœliaque : rapport de la biopsie et copie des résultats des tests de laboratoire
Les fonctions rénale et urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documents demandés par nos professionnels selon le cas
Les anomalies métaboliques ou héréditaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les cas de fibrose kystique : liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Suivi médical de la dernière année obtenu d'une clinique spécialisée en fibrose kystique ou en pneumologie et copie des documents relatifs aux visites à l'urgence ou feuilles sommaires d'hospitalisation, s'il y a lieu
Les anomalies du système immunitaire et les néoplasies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Suivi médical des deux dernières années en immuno-allergie, y compris les résultats des tests d'allergies faits pendant cette période ainsi que leur interprétation ▪ Suivi médical des 12 derniers mois en rhumatologie et résultats des tests de laboratoire récents, si l'enfant a une maladie auto-immune

Les déficiences (suite)

Les déficiences (suite)	
Catégories de handicap	Documents que vous devez fournir
Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultat de l'examen du caryotype ▪ Pour les cas d'atteinte du développement : documents demandés pour la catégorie pertinente de la section « Les troubles des fonctions mentales » ci-dessous
Les troubles des fonctions mentales	
Catégories de handicap	Documents que vous devez fournir
Déficience intellectuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation intellectuelle le plus récent ▪ Rapport de l'évaluation des comportements adaptatifs, si effectuée ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Plan d'intervention et bulletin scolaire les plus récents
Retard global de développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En fonction des spécialistes rencontrés, derniers rapports d'évaluation en ergothérapie, en physiothérapie, en orthophonie et en psychologie ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant
Troubles graves du comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie des notes du suivi médical des 12 derniers mois pour les troubles du comportement ▪ Derniers rapports d'évaluation en pédopsychiatrie, en psychologie ou en psychoéducation si l'enfant a été évalué ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Plan d'intervention et bulletin scolaire les plus récents
Troubles du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation récent et complet en orthophonie, y compris l'histoire de cas ▪ Notes d'évolution en orthophonie, s'il y a lieu ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Plan d'intervention et bulletin scolaire les plus récents
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation complet ayant mené au diagnostic de TSA ▪ En fonction des spécialistes rencontrés, derniers rapports d'évaluation en psychologie, en pédopsychiatrie, en orthophonie, en ergothérapie et en physiothérapie ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Plan d'intervention et bulletin scolaire les plus récents
Troubles relevant de la psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dernier rapport d'évaluation en pédopsychiatrie ou en psychologie si l'enfant a été évalué ▪ Copie des notes du suivi médical des 12 derniers mois pour les troubles relevant de la psychopathologie ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Bilan éducationnel figurant en annexe, à la page 7, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de votre enfant ▪ Plan d'intervention et bulletin scolaire les plus récents

Veuillez écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	
	Date de naissance <small>année mois jour</small>	Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Téléphone			
Au domicile <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>	Poste

1.2 Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom		Date de naissance <small>année mois jour</small>
	Votre enfant réside : <input type="checkbox"/> avec sa famille <input type="checkbox"/> en centre jeunesse <input type="checkbox"/> en famille d'accueil Autre, précisez : _____			
Indiquez le nom et le numéro de téléphone du travailleur social responsable du dossier de votre enfant. <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas				
Nom		Téléphone <small>ind. rég.</small>		Poste

1.3 Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie

Comment votre enfant est-il limité dans la réalisation autonome des habitudes de vie d'un enfant de son âge?

- **La nutrition** (Habitudes liées à la consommation de nourriture, soit la prise des repas, y compris l'utilisation des accessoires pour boire et manger.)

- **Les soins personnels** (Habitudes liées au bien-être corporel, soit les soins corporels [propreté], l'hygiène excrétrice, l'habillement et les soins de santé [prise de médicaments, etc.].)

- **Les déplacements** (Habitudes liées aux déplacements sur de courtes ou de grandes distances, à l'intérieur et à l'extérieur.)

- **La communication** (Habitudes liées à l'échange d'information avec l'entourage au moyen de la parole et du langage.)

- **Les relations interpersonnelles** (Habitudes liées aux relations avec l'entourage.)

1.3 Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

- **Les responsabilités** (Habitudes liées à la prise de responsabilités selon le niveau d'âge, soit la réalisation de tâches générales, notamment résoudre des problèmes de la vie courante, suivre des consignes de sécurité et se comporter de façon logique et sensée.)

- **L'éducation** (Habitudes liées au développement psychomoteur, intellectuel et social, ainsi qu'aux apprentissages scolaires.)

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

1.4 Évaluations et rendez-vous de suivi réguliers de votre enfant

Veillez inscrire les noms des professionnels et des intervenants consultés, et leur spécialité (ex. : médecin, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, physiothérapeute, psychoéducateur, éducateur spécialisé, etc.) ainsi que la date de début de l'évaluation et la fréquence des rendez-vous de suivi actuels.

Nom du professionnel	Sa spécialité	Depuis		Fréquence actuelle
		année	mois	

Votre enfant a-t-il d'autres évaluations ou rendez-vous de suivi à venir? Oui Non

Si oui, précisez les rendez-vous de suivi ou les évaluations à venir et la date prévue de ceux-ci si elle est connue (nom du professionnel, sa spécialité et la date prévue du rendez-vous de suivi ou de l'évaluation, si elle est connue).

1.5 Hospitalisations

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 la date du début de l'hospitalisation et sa durée approximative :

1 ^{re} hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

2 ^e hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

3 ^e hospitalisation		
Date de début		Durée
année	mois	jours

1.6 Votre signature

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature _____ **Date** | | | | |
année mois jour

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur Autre, précisez : _____



Afin de faciliter le traitement de votre demande, assurez-vous :

- de remplir la section 1 de la Partie du professionnel;
- d'inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents;
- de nous retourner rapidement cette demande ainsi que tous les documents demandés.

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité de votre enfant

Nom de famille		Prénom		Date de naissance année mois jour		
L'enfant fréquente <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie <input type="checkbox"/> École		Depuis année mois		Pendant (jours/sem.)		
Nom de l'établissement		Nom de l'éducateur en garderie/enseignant		Téléphone de l'établissement ind. rég.		
Langues parlées dans ce milieu (Si plus d'une langue est parlée, veuillez indiquer le pourcentage de ces langues parlées au quotidien.) (%) (%) (%)						

1.2 Consentement à la transmission de renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui interviennent auprès de mon enfant transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date _____
année mois jour

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tuteur

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

SECTION 2 Doit être remplie par l'éducateur en garderie ou l'enseignant

2.1 Services adaptés offerts à l'enfant (ex. : psychologie, éducation spécialisée, orthophonie, psychoéducation, orthopédagogie, etc.)

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

2.2 Acquis scolaires de l'enfant, si d'âge scolaire (Cette section doit être remplie par l'enseignant ou l'orthopédagogue.)

Classe régulière Classe spécialisée Précisez le type de classe spécialisée _____ Ratio élèves/enseignant (ex. : 8 élèves/1 enseignant)

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 du primaire		2 ^e cycle du primaire		3 ^e cycle du primaire		Secondaire Précisez le niveau.
		1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	
Lecture								
Mathématiques								

Existe-t-il un plan d'intervention? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le plan d'intervention le plus récent.

Si l'enfant fréquente l'école, veuillez fournir le dernier bulletin scolaire reçu.

Demande de supplément pour enfant handicapé

Soutien aux enfants

Le supplément pour enfant handicapé est une aide financière accordée pour un enfant de moins de 18 ans ayant une **déficience** ou un **trouble des fonctions mentales** qui le limite de façon importante dans la réalisation de ses habitudes de vie pendant une période prévisible d'au moins un an. Pour avoir droit à ce supplément, le parent doit recevoir le paiement de Soutien aux enfants pour cet enfant.

Comment déterminons-nous l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé?

Notre équipe de professionnels de la santé détermine l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé selon certains critères. Si la condition de l'enfant ne correspond pas à ces critères, elle est évaluée en fonction de l'importance des limitations vécues par l'enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie selon son âge pendant une période prévisible d'au moins un an. L'évaluation des limitations tient compte des incapacités qui résultent de la déficience ou du trouble

des fonctions mentales. Elle considère également l'effet des facilitateurs et des obstacles présents dans l'environnement de l'enfant qui favorisent ou entravent la réalisation de ses habitudes de vie.

Un diagnostic de déficience ou de trouble des fonctions mentales ne peut pas à lui seul déterminer l'importance des limitations et l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nouvelles informations

Nous demandons aux parents de nous faire parvenir, dès que possible, toute nouvelle information concernant la condition de leur enfant au cours des 12 mois suivant l'envoi de leur demande afin que nous puissions en tenir compte dans l'analyse de leur dossier. **Veillez noter qu'à l'intérieur de ce délai, il n'est pas nécessaire de remplir de nouveau ce formulaire.**

Documents que le parent doit fournir

Les déficiences	
Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
La vision	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des 12 derniers mois en optométrie et en ophtalmologie ▪ Rapport d'évaluation en ergothérapie (basse vision) si l'enfant a été évalué
L'audition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'évaluation des 12 derniers mois en audiologie, y compris l'audiogramme et l'histoire de cas ▪ Rapport d'évaluation en orthophonie si l'enfant a été évalué ▪ Bilan éducationnel, inclus dans la Partie du parent, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de l'enfant
L'appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports d'évaluation récents en ergothérapie et en physiothérapie si l'enfant a été évalué ▪ Rapport d'évaluation récent en psychologie, s'il y a lieu ▪ Pour les cas d'arthrite: copie des notes d'évolution médicale des 12 derniers mois
La fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ 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, s'il y a lieu
La fonction cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documents demandés par nos professionnels selon le cas

Les déficiences (suite)

Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
Les anomalies du système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports des évaluations initiales en neurologie, en psychologie et en pédopsychiatrie, s'il y a lieu ▪ Suivi médical des 12 derniers mois ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Bilan éducationnel, inclus dans la Partie du parent, à faire remplir par l'éducateur en garderie ou par l'enseignant de l'enfant
L'alimentation et la digestion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi médical des 12 derniers mois ▪ Pour les cas de maladie cœliaque: rapport de la biopsie et copie des résultats des tests de laboratoire
Les fonctions rénale et urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documents demandés par nos professionnels selon le cas
Les anomalies métaboliques ou héréditaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les cas de fibrose kystique: liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Suivi médical de la dernière année obtenu d'une clinique spécialisée en fibrose kystique ou en pneumologie et copie des documents relatifs aux visites à l'urgence ou feuilles sommaires d'hospitalisation, s'il y a lieu
Les anomalies du système immunitaire et les néoplasies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie ▪ Suivi médical des deux dernières années en immuno-allergie, y compris les résultats des tests d'allergies faits pendant cette période ainsi que leur interprétation ▪ Suivi médical des 12 derniers mois en rhumatologie et résultats des tests de laboratoire récents, si l'enfant a une maladie auto-immune
Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultat de l'examen du caryotype ▪ Pour les cas d'atteinte du développement: documents demandés pour la catégorie pertinente de la section « Les troubles des fonctions mentales » ci-dessous

Les troubles des fonctions mentales

Le bilan éducationnel, le plan d'intervention et le bulletin scolaire doivent être fournis pour chacune des catégories suivantes.

Catégories de handicap	Documents que le parent doit fournir
Déficience intellectuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation intellectuelle le plus récent ▪ Rapport de l'évaluation des comportements adaptatifs, si effectuée
Retard global du développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En fonction des spécialistes rencontrés, derniers rapports d'évaluation en ergothérapie, en physiothérapie, en orthophonie et en psychologie
Troubles graves du comportement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie des notes du suivi médical des 12 derniers mois pour les troubles du comportement ▪ Derniers rapports d'évaluation en pédopsychiatrie, en psychologie ou en psychoéducation si l'enfant a été évalué ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie
Troubles du langage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation récent et complet en orthophonie, y compris l'histoire de cas ▪ Notes d'évolution en orthophonie, s'il y a lieu
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'évaluation complet ayant mené au diagnostic de TSA ▪ En fonction des spécialistes rencontrés, derniers rapports d'évaluation en psychologie, en pédopsychiatrie, en orthophonie, en ergothérapie et en physiothérapie
Troubles relevant de la psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dernier rapport d'évaluation en pédopsychiatrie ou en psychologie si l'enfant a été évalué ▪ Copie des notes du suivi médical des 12 derniers mois pour les troubles relevant de la psychopathologie ▪ Liste détaillée de tous les médicaments qui ont été prescrits pour l'enfant par un médecin (y compris les renouvellements) et qui ont effectivement été servis au parent en pharmacie

SECTION 1 Doit être remplie par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants

--	--	--

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance						
		<table border="1"> <tr> <td style="width: 10px;">année</td> <td style="width: 10px;">mois</td> <td style="width: 10px;">jour</td> </tr> <tr> <td style="height: 15px;"></td> <td style="height: 15px;"></td> <td style="height: 15px;"></td> </tr> </table>	année	mois	jour			
année	mois	jour						

1.2 Consentement à la transmission de renseignements personnels

Je consens à ce que les professionnels qui interviennent auprès de mon enfant transmettent les renseignements nécessaires aux personnes qui évalueront son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom _____

Signature _____ Date

année	mois	jour

À quel titre avez-vous signé? 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)

Diagnostic	Date du diagnostic			Date du début de l'investigation		
	année	mois	jour	année	mois	jour

Date de la dernière visite pour services professionnels

année	mois	jour

2.2 Éléments objectifs pertinents en lien avec le ou les diagnostics inscrits

Poids – Taille			Prématurité										
Poids	Taille	Mesurés en date du	L'enfant est prématuré	Poids à la naissance	Âge de gestation								
		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;">année</td><td style="width: 10px;">mois</td></tr><tr><td style="height: 15px;"></td><td style="height: 15px;"></td></tr></table>	année	mois			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;">kg</td></tr><tr><td style="height: 15px;"></td></tr></table>	kg		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 10px;">semaines</td></tr><tr><td style="height: 15px;"></td></tr></table>	semaines	
année	mois												
kg													
semaines													

Note: Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

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

Veillez inscrire les noms des professionnels et des intervenants consultés, et leur spécialité (ex. : médecin, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste, physiothérapeute, psychoéducateur, éducateur spécialisé, etc.) ainsi que la date de début de l'évaluation et la fréquence des rendez-vous de suivi actuels.

Nom du professionnel	Sa spécialité	Depuis		Fréquence actuelle
		année	mois	

L'enfant a-t-il d'autres évaluations ou rendez-vous de suivi à venir? Oui Non

Si oui, précisez les rendez-vous de suivi ou les évaluations à venir et la date prévue de ceux-ci si elle est connue (nom du professionnel, sa spécialité et la date prévue du rendez-vous de suivi ou de l'évaluation, si elle est connue).

Oui

Non

L'enfant a subi ou doit subir une ou des interventions chirurgicales.

	Déjà faite		Prévue (date ou âge)
	année	mois	

L'enfant prend un médicament régulièrement (y compris chimiothérapie et radiothérapie).

Depuis	Nom du médicament et dose totale quotidienne	Continue	Discontinue	Nbre de mois/année
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<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.

	Date		Durée
	année	mois	

Cette partie du formulaire doit être remise au parent.

2.4 Soins médicaux particuliers et appareils

 Ne s'applique pas

Oui	Non		Date de début	Date de fin prévue
			année mois	année mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant doit utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant doit utiliser une marchette pour se déplacer.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant porte une ou des orthèses. <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit		
		Si oui, inscrivez le type d'orthèses: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'oxygénation quotidienne à domicile.		
		Si oui, inscrivez le nombre d'heures par jour: [] []		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a une stomie.		
		Si oui, inscrivez le type de stomie: _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant requiert l'usage quotidien d'un cathéter vésical.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant est traité par hémodialyse en milieu hospitalier.		

2.5 Soins médicaux complexes à domicile

 Ne s'applique pas

Oui	Non		Date de début	Date de fin prévue
			année mois	année mois
À remplir si la condition de l'enfant nécessite l'administration de l'un des soins complexes à domicile énumérés ci-dessous				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique avec BiPAP		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie sans ventilation mécanique invasive		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie avec ventilation mécanique invasive		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentation parentérale (hyperalimentation intraveineuse)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration d'inotropes par voie intraveineuse		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse péritonéale		

2.6 Renseignements complémentaires

2.6.1 Épilepsie

 Ne s'applique pas

Veuillez décrire le type de crise d'épilepsie (ex. : crise tonico-clonique, crise partielle, absence) :

Fréquence des crises: _____ Date de la dernière crise [] [] [] [] [] []

2.6 Renseignements complémentaires (suite)

2.6.5 Troubles du langage

Ne s'applique pas

Oui Non

L'enfant vit dans un contexte multilingue.

Si oui, indiquez le pourcentage d'exposition à chacune des langues dans ses divers milieux de vie :

à la maison: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à la garderie: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

à l'école: _____ (_____ %) _____ (_____ %)

pour l'évaluation orthophonique: _____

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations de l'enfant:

2.6.6 Amélioration

Oui Non

Prévoyez-vous une amélioration de la condition de l'enfant?

Si oui, dans combien de temps? _____

2.7 Signature du professionnel

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

Important:

- Assurez-vous d'avoir rempli toutes les sections du formulaire.
- Vous devez remettre au parent le formulaire rempli ainsi que les documents que vous êtes en mesure de lui fournir.
- Le parent est responsable de nous faire parvenir les formulaires dûment remplis accompagnés de l'ensemble des documents indiqués selon la catégorie du handicap.

Obtenez plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé:

Par Internet

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec: **418 643-3381**

Région de Montréal: **514 864-3873**

Ailleurs au Québec: **1 800 667-9625**