

Veillez écrire en lettres détachées

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

--	--	--

1. Renseignements sur votre identité

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

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant pour lequel vous faites une demande

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
----------------	--------	--

2. Décision contestée

Date de la décision contestée	année mois jour
Raison : _____	

3. Raison du dépassement du délai (s'il y a lieu)

Si l'espace est insuffisant, joignez une autre feuille.

Si vous avez dépassé le délai de 90 jours prévu pour demander la révision de notre décision, veuillez indiquer les raisons qui justifient ce retard.

4. Habitudes de vie et soins médicaux

Si l'espace est insuffisant, joignez une autre feuille.

4.1 Décrivez-nous les difficultés empêchant votre enfant de réaliser de manière autonome les habitudes de vie d'un enfant de son âge telles que :

- **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..])

--	--	--

4. Habitudes de vie et soins médicaux (suite)

Si l'espace est insuffisant, joignez une autre feuille.

- **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.)

- **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.)

5. Questions complémentaires

Depuis notre décision au sujet de l'enfant :

5.1 Est-ce que l'enfant a revu l'un des professionnels qui le suit habituellement (médecin, pédopsychiatre, orthophoniste, ergothérapeute, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque professionnel et l'endroit où vous l'avez rencontré avec l'enfant :

Nom du professionnel	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

5.2 Est-il en attente d'une consultation auprès d'un autre professionnel de la santé (médecin spécialiste, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque professionnel et l'endroit de la consultation prévue :

Nom du professionnel	Endroit de la consultation (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

--	--	--

5. Questions complémentaires (suite)

5.3 Sa médication a-t-elle été modifiée (nouveau médicament, nouvelle posologie)?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que la posologie prescrite pour chacun :

Nom du médicament	Posologie (ex. : 10 mg 2 fois par jour)

5.4 A-t-il commencé de nouveaux traitements (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychothérapie, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

Traitement	Date de début	Fréquence (n ^{bre} de fois par mois)	Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

5.5 A-t-il subi ou subira-t-il des tests liés à ses déficiences ou à son trouble des fonctions mentales?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, la date du test effectué ou prévu et l'endroit :

Nom du test	Date	Endroit

5.6 A-t-il été hospitalisé?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date, la durée et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Durée	Endroit

--	--	--

6. Déclaration et signature

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts.

Signature _____ Date

année			mois			jour			

À quel titre avez-vous signé?

Mère Père Tuteur Autre. Précisez : _____

Accès aux documents des organismes publics et 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 aux 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

Retournez à :

Retraite Québec
Service de la révision RRQ-SAE
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4