

# Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels

## Soutien aux enfants

Le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels vise à accorder une aide financière pour un enfant gravement malade ou ayant des incapacités très importantes. Cette aide est destinée aux parents qui doivent assumer des responsabilités hors du commun en matière de soins particuliers ou assurer une présence constante auprès de leur enfant.

Pour être admissible à ce supplément, l'enfant doit avoir de graves et multiples incapacités ou doit nécessiter des soins médicaux complexes à domicile qui l'empêchent de réaliser de manière autonome les habitudes de vie d'un enfant de son âge. Ces habitudes de vie sont les suivantes :

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

### Section 1

**Vous pourriez avoir droit à ce supplément si vous répondez «Oui» aux deux questions suivantes :**

a) Actuellement, recevez-vous le paiement de Soutien aux enfants?  Oui  Non

Si vous répondez «Non», vous devez utiliser notre service en ligne *Demande de paiement de Soutien aux enfants* au [www.retraitequebec.gouv.qc.ca](http://www.retraitequebec.gouv.qc.ca) pour en faire la demande.

**Ne remplissez pas la *Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels*.**

b) Actuellement, recevez-vous le supplément pour enfant handicapé?  Oui  Non

Si vous répondez «Non», vous devez remplir la *Demande de supplément pour enfant handicapé* disponible sur notre site Web au [www.retraitequebec.gouv.qc.ca](http://www.retraitequebec.gouv.qc.ca).

**Ne remplissez pas la *Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels*.**

### Section 2

**Vous pourriez avoir droit à ce supplément si vous répondez «Non» à la question suivante :**

Est-ce que votre enfant est hébergé ou placé?

Oui  Non

Si vous répondez «Oui», ne remplissez pas la *Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels*, car un enfant hébergé ou placé n'est pas admissible à ce supplément.

### Section 3

**Vous pourriez avoir droit à ce supplément si l'état actuel de votre enfant correspond à l'une des deux situations suivantes, pour une période prévisible d'au moins 12 mois :**

#### Situation A

L'enfant a des déficiences persistantes ou un trouble désigné des fonctions mentales qui entraînent de graves et multiples incapacités l'empêchant de réaliser de manière autonome les habitudes de vie d'un enfant de son âge.

Un trouble désigné des fonctions mentales se caractérise par une déficience intellectuelle sévère ou profonde OU par un trouble du spectre de l'autisme associé à une déficience intellectuelle et à un trouble grave du comportement.

**Selon vous, est-ce que l'état actuel de votre enfant correspond à la situation A décrite ci-dessus?**

Oui  Non

#### Situation B

L'état de santé de votre enfant nécessite des soins médicaux complexes à domicile qui doivent être administrés par le père ou la mère formés préalablement dans un centre spécialisé afin de maîtriser les techniques spécifiques à l'utilisation de l'équipement requis et d'être en mesure de répondre à tout changement de l'état clinique de l'enfant qui peut représenter une menace pour sa vie. Ces soins sont les suivants :

- les soins respiratoires complexes, à savoir la ventilation mécanique non invasive en pression positive biphasique (avec BiPAP) ou les soins reliés à une trachéostomie avec ou sans ventilation mécanique invasive;
- les soins nutritionnels complexes, à savoir l'alimentation parentérale (hyperalimentation intraveineuse);
- les soins cardiaques complexes, à savoir l'administration d'inotropes par voie intraveineuse;
- les soins rénaux complexes, à savoir la dialyse péritonéale.

**Selon vous, est-ce que l'état actuel de votre enfant correspond à la situation B décrite ci-dessus?**

Oui  Non

**Pouvez-vous demander le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels?**

Vous pouvez soumettre votre demande si :

- vous avez répondu «Oui» aux questions de la section 1;
- vous avez répondu «Non» à la question de la section 2;
- vous avez répondu «Oui» à l'une des deux questions de la section 3.

Écrivez en lettres détachées

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**1. Renseignements sur l'identité du parent qui reçoit le paiement de Soutien aux enfants**

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

**2. Renseignements sur l'identité de votre enfant**

|   |  |                |  |        |  |  |                                      |  |  |
|---|--|----------------|--|--------|--|--|--------------------------------------|--|--|
| Sexe<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  | Nom de famille |  | Prénom |  |  | Date de naissance<br>année mois jour |  |  |
|---|--|----------------|--|--------|--|--|--------------------------------------|--|--|

**3. Prestations d'autres organismes**

Est-ce que votre enfant reçoit ou pourrait recevoir des indemnités d'aide personnelle à domicile de :

- la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)?  Oui  Non
- la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?  Oui  Non
- la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)?  Oui  Non

Nous possédons déjà des informations médicales concernant votre enfant qui ont été reçues avec votre demande de supplément pour enfant handicapé. Cependant, si vous avez de nouveaux renseignements sur sa condition, veuillez nous les transmettre avec cette demande afin que nous puissions les considérer dans l'analyse de votre dossier. Nous communiquerons avec vous si des informations additionnelles sont requises.

**4. Consentement à communiquer des 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 nécessitant des soins exceptionnels.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

À quel titre avez-vous signé?  Mère  Père  Tuteur

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

**5. Votre signature**

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

**Pour obtenir plus de renseignements**



**Par Internet**

[www.retraitequebec.gouv.qc.ca](http://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

**Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à : Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4**