

# 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 supplément peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au supplément pour enfant handicapé, vous pourriez recevoir un versement rétroactif pour une période de 11 mois précédant la date 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 remplie par le 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 pendant l'étude de votre demande, veuillez nous les transmettre **dès que possible** afin que nous puissions en tenir compte dans l'analyse de votre dossier.

### 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](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**

Pour plus d'information sur ce programme, vous pouvez consulter la brochure *Votre enfant est handicapé ou gravement malade* disponible sur notre site Web.

### 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](http://www.retraitequebec.gouv.qc.ca) ou communiquez avec nous.

## Documents que vous devez fournir

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

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

Veuillez écrire 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille		Prénom	
Date de naissance 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    ind. rég.		Autre    ind. rég.		Poste	

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

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille		Prénom		Date de naissance année    mois    jour	
Votre enfant réside: <input type="checkbox"/> avec sa famille <input type="checkbox"/> en centre jeunesse <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> 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 ind. rég.			Poste	

**3. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie**

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, y compris l'utilisation des accessoires pour boire et manger.)

---



---



---

- **Les soins personnels** (Habitudes liées à l'hygiène corporelle, à l'hygiène excrétrice, à l'habillement et à la prise de médicaments.)

---



---



---

- **Les déplacements** (Habitudes liées aux déplacements sur de courtes ou de grandes distances, à l'intérieur et à l'extérieur, et à l'utilisation d'aides techniques pour les réaliser.)

---



---



---

Cette partie du formulaire doit nous être retournée.

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

- **La communication** (Habitudes liées à l'échange d'information avec l'entourage [la famille et les amis] au moyen de la parole et du langage, incluant la compréhension, l'expression des besoins, la conversation, l'audition et la vision.)

---

---

---

- **Les relations interpersonnelles** (Habitudes liées aux relations avec l'entourage [la famille et les amis] et à la capacité à créer des liens.)

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

**Note :** Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

### 4. Évaluations et rendez-vous de suivi réguliers de votre enfant

#### 4.1 Suivi par des médecins

Veillez fournir dans le tableau ci-dessous les informations sur le ou les médecins que vous consultez actuellement pour votre enfant.

Nom du médecin	Sa spécialité	Nom de l'établissement ou de la clinique	Fréquence actuelle	Date du dernier rendez-vous	
				année	mois

#### 4. Évaluations et rendez-vous de suivi réguliers de votre enfant (suite)

##### 4.2 Suivis par des professionnels de la santé et des intervenants

Veillez fournir l'information demandée dans le tableau ci-dessous si votre enfant **a consulté** un professionnel de la santé ou un intervenant pour chacun des domaines d'expertise présentés. Inscrivez les renseignements sur le suivi réalisé ou cochez la case de la dernière colonne du tableau si votre enfant n'a pas été évalué dans les domaines d'expertise précisés. Si votre enfant a été évalué dans un autre domaine d'expertise que ceux mentionnés, veuillez l'indiquer à la fin du tableau.

Domaine d'expertise	Nom du professionnel ou de l'intervenant	Nom de l'établissement ou de la clinique	Fréquence du suivi actuel, s'il y a lieu	Date de la dernière évaluation	L'enfant n'a jamais été évalué dans ce domaine.
Ergothérapie				année      mois 	<input type="checkbox"/>
Orthophonie					<input type="checkbox"/>
Physiothérapie					<input type="checkbox"/>
Psychologie (évaluation intellectuelle et des comportements adaptatifs)					<input type="checkbox"/>
Travail social					<input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée (centre de réadaptation, CISSS)					<input type="checkbox"/>
Autres (veuillez indiquer le domaine d'expertise):					

##### 4.3 Suivis médicaux et professionnels à venir

Est-ce que votre enfant aura d'autres évaluations?  Oui  Non  Je ne sais pas.

Si oui, précisez les informations sur les évaluations à venir dans ce tableau.

Nom du médecin, du professionnel ou de l'intervenant	Sa spécialité	Nom de l'établissement ou de la clinique	Date prévue du rendez-vous
			année      mois 

## 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 inscrire les renseignements concernant les hospitalisations de votre enfant.

Date	Nom de l'établissement ou de la clinique	Raison	Durée
année      mois			jours

## 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: \_\_\_\_\_



### Important

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.

**Veillez retourner le formulaire dûment rempli à :**

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



Veillez écrire en lettres détachées.

**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 en milieu familial <input type="checkbox"/> École		Depuis année      mois		Fréquence (jours/semaine)		
Nom de l'établissement				Téléphone de l'établissement ind. rég.		
Nom de l'éducateur en garderie/enseignant						
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 communication 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    Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

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

**2.1 Services adaptés offerts à l'enfant**

(exemples : psychologie, éducation spécialisée, orthophonie, psychoéducation, orthopédagogie, ergothérapie, physiothérapie, etc.)

Service	Fréquence (exemple : heure/semaine)	Ratio enfant/intervenant	Date de la dernière évaluation année      mois

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

<input type="checkbox"/> Classe régulière <input type="checkbox"/> Classe spécialisée	Ratio élèves/intervenants (exemple : 8 élèves/1 intervenant)
Précisez, le cas échéant, le type de classe spécialisée :	

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

	Préscolaire	1 <sup>er</sup> cycle du primaire		2 <sup>e</sup> cycle du primaire		3 <sup>e</sup> cycle du primaire		Secondaire Précisez le niveau.
		1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	
Lecture								
Mathématiques								

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

**Ce formulaire doit nous être retourné par le parent.**



# 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 pendant l'étude de leur demande afin que nous puissions en tenir compte dans l'analyse de leur dossier.

## Documents que le parent doit fournir

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

## Les déficiences (suite)

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

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

Veillez écrire en lettres détachées.

**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

**1.2 Consentement à la communication 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 \_\_\_\_\_

À quel titre avez-vous signé?  Mère  Père  Tuteur  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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
		année      mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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 (exemple : 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.

Précisions	Déjà faite		Prévue (date ou âge)
	année	mois	



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

Depuis	Nom du médicament et posologie (dose et fréquence d'administration)	Continue	Discontinue	Nombre 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.

Précisions	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	_____	_____
		<b>Si oui</b> , inscrivez le type d'orthèses : _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'oxygénation quotidienne à domicile.	_____	_____
		<b>Si oui</b> , inscrivez le nombre d'heures par jour : _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a une stomie.	_____	_____
		<b>Si oui</b> , 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

À remplir si la condition de l'enfant nécessite l'administration de l'un des soins complexes à domicile énumérés ci-dessous

Oui	Non		Date de début	Date de fin prévue
			année mois	année mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique avec BiPAP	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie <b>sans</b> ventilation mécanique invasive	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie <b>avec</b> 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 (exemple : crise tonico-clonique, crise partielle, absence) :

Fréquence des crises : \_\_\_\_\_ Date de la dernière crise \_\_\_\_\_

**Cette partie du formulaire doit être remise au parent.**

## 2.6 Renseignements complémentaires (suite)

### 2.6.2 Déficience visuelle

Ne s'applique pas

Acuité mesurée aux deux yeux simultanément, après correction : \_\_\_\_\_

Date de l'examen 

année	mois	jour

Évaluation incertaine. Enfant à réévaluer à l'âge de 

--	--

**Oui**

**Non**

L'enfant a moins de 4 ans et porte des lentilles cornéennes en raison d'une aphakie bilatérale.

**Si oui**, depuis 

année	mois

L'enfant utilise des moyens adaptés pour étudier:  
 Manuels spécialisés  Documents audio  Appareils grossissants  Braille

Autres. Précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant a besoin d'aide pour ses déplacements dans un milieu familial ou pour se rendre à l'école.

Précisez : \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation des limitations (exemple : services spécialisés):

### 2.6.3 Déficience auditive

Ne s'applique pas

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 seul implant cochléaire.

**Si oui**, inscrivez la date de la chirurgie : 

année	mois	jour

L'enfant a deux implants cochléaires.

**Si oui**, inscrivez la date de chaque chirurgie : 

année	mois	jour	année	mois	jour

L'enfant porte quotidiennement ses aides auditives.

**Si non**, indiquez pourquoi : \_\_\_\_\_

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

**Cette partie du formulaire doit être remise au parent.**



## 2.6 Renseignements complémentaires (suite)

### 2.6.4 Limitations cardiorespiratoires

Ne s'applique pas

Oui Non

L'enfant présente des limitations cardiorespiratoires.

L'enfant présente des signes ou des symptômes qui le limitent dans la réalisation de ses habitudes de vie courantes :

au repos  à la marche  en montant un escalier  à la course

### 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

Ne s'applique pas

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](http://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**

**Le parent doit retourner ce formulaire à :**

**Retraite Québec, Soutien aux enfants, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4**