

Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels

Soutien aux enfants

Le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels est versé aux parents d'un enfant dont l'état de santé nécessite des soins complexes à domicile ou qui présente des incapacités très importantes et multiples l'empêchant de réaliser de manière autonome les habitudes de vie d'un enfant de son âge. Il vise donc à soutenir les parents qui assument des responsabilités hors du commun auprès d'un enfant qui requiert des soins particuliers.

Recevez-vous du Soutien aux enfants?

Pour recevoir le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, vous devez :

- recevoir le paiement de Soutien aux enfants;
- et
- recevoir le supplément pour enfant handicapé.

Si ce n'est pas votre cas, vous devez remplir une demande de paiement de Soutien aux enfants et de supplément pour enfant handicapé. Vous trouverez les formulaires de demande sur notre site Web.

Si vous recevez uniquement le paiement de Soutien aux enfants, vous pouvez nous transmettre en même temps vos demandes pour les deux programmes de supplément pour enfant handicapé.

Comment faire votre demande

1. Si vous recevez le supplément pour enfant handicapé pour votre enfant :

- remplissez **cette version complète** du formulaire de demande. N'oubliez pas de la signer et de joindre tous les documents demandés dans la section « Important » présentée à la fin de ce formulaire.

2. Si vous faites une demande de supplément pour enfant handicapé en même temps que celle-ci :

- remplissez la demande de supplément pour enfant handicapé disponible sur notre site Web. Vous pouvez nous téléphoner pour l'obtenir.
- remplissez la **version simplifiée** de la demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels disponible sur notre site Web. Vous pouvez aussi nous téléphoner pour l'obtenir.

Le supplément peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, 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.

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**

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

Vous devez remplir ce formulaire de demande si vous recevez déjà le supplément pour enfant handicapé pour votre enfant.

Veillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur votre identité (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		
Numéro d'assurance sociale		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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour		
<p>2.1 Est-ce que votre enfant est actuellement hébergé ou placé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2.2 Est-ce que votre enfant a été hébergé ou placé au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez les périodes: _____</p> <p>2.3 Est-ce que votre enfant reçoit ou pourrait recevoir des indemnités d'aide personnelle à domicile de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▪ la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▪ la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 						

3. Diagnostics

Inscrivez le ou les diagnostics de votre enfant.

4. Soins médicaux complexes à domicile

Ne s'applique pas

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

Oui	Non		Date de début à domicile		Date de fin prévue	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins respiratoires :	année	mois	année	mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique avec BiPAP _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie sans ventilation mécanique _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie avec ventilation mécanique _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
		Type d'appareil : _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins rénaux :	année	mois	année	mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse péritonéale _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins nutritionnels* :	année	mois	année	mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperalimentation intraveineuse _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins cardiaques :	année	mois	année	mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration d'inotropes par voie intraveineuse _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

* Veuillez noter que les soins reliés à la gastrostomie ne constituent pas des soins médicaux complexes à domicile.

5. 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.)

- **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.)

5. 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, 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.

6. Évaluations et suivis pour votre enfant

6.1 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

6. Évaluations et suivis pour votre enfant (suite)

6.2 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.

Si vous avez des copies des rapports d'évaluation de votre enfant, veuillez les joindre à votre demande.

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):					

6.3 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

7. Hospitalisation

Ne s'applique pas

Veillez inscrire les renseignements concernant les hospitalisations de votre enfant au cours des deux dernières années, s'il y a lieu.

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

8. Médication

Veillez inscrire la médication qui est actuellement prise par votre enfant, ainsi que sa dose et sa fréquence d'administration.

Nom du médicament	Posologie (dose et fréquence d'administration)

Note : Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

9. 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 nous fournir toutes les évaluations médicales et les rapports d'évaluation les plus récents, si vous les avez. Veillez inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents que vous joignez à votre demande.
- Signez et joignez le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels*.
- Transmettez-nous le **bilan d'autonomie fonctionnelle** rempli par l'éducateur en garderie, l'enseignant ou l'éducateur spécialisé de votre enfant.
- Fournissez le dernier bulletin scolaire et le plan d'intervention le plus récent de votre enfant si celui-ci fréquente l'école.

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à :

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