

Renseignements généraux

Le Programme d'allocation pour des besoins particuliers permet à la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure ou d'une autre déficience reconnue d'obtenir de l'aide financière pour l'achat d'appareils ou de matériel visant à compenser les effets de sa déficience et qui sont nécessaires à la maison pour la poursuite de ses études, soit un ordinateur avec périphériques, un appareil d'aide à la communication ou du matériel d'adaptation. Notez cependant que le matériel d'adaptation ou les ressources matérielles n'incluent pas le mobilier (chaise, table, lit, etc.).

Les déficiences fonctionnelles reconnues sont celles qui sont permanentes et qui entraînent des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement des activités scolaires :

La déficience auditive grave

La déficience du langage et de la parole

La déficience visuelle grave

La paralysie affectant un seul membre

La déficience motrice

La parésie affectant un ou plusieurs membres

La déficience organique

La capacité auditive dont le niveau minimal se situe à 25 décibels

Le Programme s'adresse à l'élève inscrit à temps plein ou à temps partiel à l'éducation préscolaire (5 ans au 1^{er} octobre) ou à l'enseignement primaire ou secondaire. Le temps partiel se définit comme suit : 20 heures ou plus de cours par mois.

Les ressources matérielles admissibles sont les suivantes :

• Le matériel d'adaptation

Logiciels spécialisés

Les logiciels qui, par exemple, permettent à l'élève atteint d'une déficience visuelle grave d'avoir accès à des volumes sous forme électronique (ex. : *XDI*) sont remboursés.

Moyens d'accès spécialisés

Seuls les substituts ou les aides alternatives au clavier standard (ex. : clavier à caractères agrandis), à la souris standard (ex. : dispositif de pointage à la bouche) et à l'écran standard (ex. : logiciel de grossissement du curseur ou du pointeur) sont remboursés.

Note : Si le matériel d'adaptation que vous recommandez ne fait pas partie des catégories énumérées ci-dessus, vous devez nous transmettre une lettre expliquant les raisons pour lesquelles ce matériel est nécessaire pour l'élève.

• Les appareils

Ordinateur de bureau ou portable

Le remboursement maximum pour l'achat d'un ordinateur est de 2 000 \$, toutes taxes comprises. Ces frais comprennent l'ordinateur, l'écran, le clavier, l'imprimante, le modem, la souris et, le cas échéant, le logiciel d'exploitation (ex. : Windows) et la suite bureautique (ex. : Office). Le sac de transport et les haut-parleurs ne sont remboursés que s'ils sont recommandés pour compenser la déficience. Quant aux logiciels antivirus et aux garanties prolongées, ils ne sont pas remboursés.

L'élève peut demander le remboursement d'un ordinateur une seule fois au cours de sa vie.

Périphériques additionnels

Seuls les périphériques additionnels liés à l'ordinateur acquis dans le cadre du Programme d'allocation pour des besoins particuliers et les adaptations nécessaires sont remboursables, au-delà des montants prévus ci-dessus, s'ils sont requis pour pallier la déficience de l'élève. Ils doivent avoir été achetés au même moment que l'ordinateur.

Appareil d'aide à la communication

Une aide de suppléance à la communication pour les personnes qui éprouvent des difficultés marquées à se faire comprendre peut être remboursée. L'appareil doit permettre à l'utilisatrice ou à l'utilisateur de construire des messages avec des symboles ou des pictogrammes qui seront ensuite traduits en messages sonores ou en texte. Compte tenu du coût et de la complexité de ce type d'appareil, il est fortement suggéré de consulter des experts en suppléance à la communication avant d'en faire la recommandation.

L'élève peut demander le remboursement d'un appareil d'aide à la communication une seule fois au cours de sa vie.

On trouve de l'information relative au Programme d'allocation pour des besoins particuliers dans notre site Web, au www.afe.gouv.qc.ca. Il suffit de sélectionner *Autres programmes* sous *Rubriques d'intérêt*.

Documents requis

- S'il s'agit d'une première demande d'allocation, il faut joindre une preuve du titre de citoyenneté de l'élève.

▶ Citoyenne ou citoyen canadien de naissance	Copie du certificat de naissance ou copie de l'acte de naissance sur laquelle figurent les noms et prénoms du père et de la mère
▶ Citoyenne ou citoyen canadien naturalisé	Copie recto verso du certificat de commémoration de citoyenneté canadienne délivré par Citoyenneté et Immigration Canada
▶ Résidente ou résident permanent	Copie de la fiche relative au droit d'établissement (IMM 1000), de la confirmation de la résidence permanente (IMM 5292) ou une photocopie recto verso de la carte de résidente ou de résident permanent délivrée par Citoyenneté et Immigration Canada
▶ Réfugiée ou réfugié ou personne protégée	<i>Certificat de sélection du Québec</i> délivré par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles ET Avis de décision délivré par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié ou résultat de l'examen des risques avant renvoi délivré par Citoyenneté et Immigration Canada OU <i>Attestation de statut de personne protégée (ASPP)</i> délivrée par Citoyenneté et Immigration Canada

- La section *Études et confirmation des renseignements* (section 3) est requise dans tous les cas.
- La section *Recommandation* (section 5) est requise pour justifier toute demande relative à un appareil ou à du matériel d'adaptation.
- La section *Certificat médical – Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues* (section 6) est requise pour justifier toute déficience fonctionnelle. Elle n'est pas exigée lors des demandes d'allocation subséquentes si aucun changement n'est survenu.
- Une seule soumission est demandée pour l'achat de ressources matérielles.

Marche à suivre

- Remplir le formulaire en caractères d'imprimerie.
Attention, vous devez **obligatoirement faire** remplir la section 3 - *Études et confirmation des renseignements*.

- Obtenir l'autorisation de l'Aide financière aux études avant de faire l'achat d'un appareil ou de matériel d'adaptation.

- S'assurer que le chèque est libellé au nom de l'élève.

- La demande doit être envoyée par télécopieur, au 418 528-0318, ou à l'adresse suivante :
1035, rue de la Chevrotière
Québec (Québec) G1R 5A5.

Note: L'élève ou le titulaire de l'autorité parentale a 60 jours suivant la réception de l'allocation (chèque) pour faire parvenir à l'Aide financière aux études la facture acquittée confirmant l'achat d'un appareil ou de matériel d'adaptation. Le nom et le code permanent de l'élève doivent être inscrits sur la facture.

Le cas échéant, les sommes versées en trop seront recouvrées par la ministre.

Suite à votre demande d'aide, nous rendrons une décision selon les règles en vigueur.

Si vous croyez que la décision rendue n'est pas conforme aux règles en vigueur, vous pourrez en demander la révision. Veuillez noter que, le cas échéant, une telle demande devra être formulée par écrit et envoyée à l'adresse suivante :

Bureau de révision
Bureau des plaintes et des droits de recours
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
1035, De La Chevrotière
Québec (Québec) G1R 5A5

- Pour tout renseignement supplémentaire, il est possible de nous joindre par téléphone, au 418 646-6006 ou au 1 866 946-6006 (sans frais au Canada et aux États-Unis). Les personnes malentendantes doivent composer le 711 (service de Relais Bell) et demander le 418 646-6006.

Réservé à l'Aide financière aux études

1 Identité de l'élève

Nom

Code permanent attribué par le Ministère

Prénom

Date de naissance

Sexe : Masculin Féminin

Langue de correspondance : Français Anglais

Citoyenneté

Canadienne ou Canadien de naissance

Canadienne ou Canadien naturalisé

Résidente ou résident permanent

Réfugiée ou réfugié

Date d'obtention de la résidence permanente
ou du statut de réfugiée ou de réfugié

2 Identité du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice

Nom du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice

Numéro d'assurance sociale

Prénom

N° de téléphone

Numéro

Rue

Appartement

Municipalité

Province

Code postal

Pays

3 Études et confirmation des renseignements

Préciser la période pendant laquelle l'élève fréquentera l'éducation préscolaire,
le primaire ou le secondaire (secteur des jeunes).

Du au

Nom de l'école fréquentée

Adresse de l'école fréquentée

Préscolaire Primaire Secondaire

Nom de la directrice ou du directeur de l'établissement

N° de téléphone

En signant cette section, nous confirmons les renseignements qui y sont inscrits et appuyons cette demande d'aide.

Date

Signature X

Nom de l'élève

Prénom

Code permanent attribué par le Ministère

4 Signature du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice

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

Date

 A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

Signature du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice X _____

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification relativement aux renseignements personnels qui vous concernent et qui sont détenus par le Ministère.

5 Recommandation

Cette section doit être remplie par une ou un ergothérapeute, une ou un orthophoniste ou une ou un audiologiste.

A. Détails _____

Vous devez définir les besoins en appareils et en matériel d'adaptation et préciser, pour chaque ressource matérielle recommandée, pourquoi elle est nécessaire **à la maison** pour compenser les effets de la déficience et permettre la poursuite adéquate des études. Si vous manquez d'espace, vous pouvez utiliser une feuille supplémentaire que vous joindrez à cette demande. Notez cependant que les ressources matérielles que vous commandez ne peuvent inclure le mobilier (chaise, table, lit, etc.).

Vous devez remplir cette section en caractères d'imprimerie.

B. Identifié et signature de l'ergothérapeute, de l'orthophoniste ou de l'audiologiste _____

Vous devez remplir cette section en caractères d'imprimerie.

Nom : _____

N° de permis d'exercice : _____

Ind. rég.

Prénom : _____

N° de téléphone : _____

Ind. rég.

Adresse au travail : _____

N° de télécopieur : _____

Profession : _____

Date

 A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

Signature X _____

Prénom

Code permanent attribué par le Ministère

6 Certificat médical - Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues

Cette section doit être remplie par un médecin généraliste ou spécialiste.

L'élève au nom duquel est rempli le présent formulaire fait une demande d'aide financière dans le cadre du Programme d'allocation pour des besoins particuliers.

Le Programme d'allocation pour des besoins particuliers permet à la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure ou d'une autre déficience reconnue d'obtenir, à certaines conditions, une aide financière pour les ressources matérielles qui visent à compenser les effets de sa déficience et qui sont nécessaires à la maison pour la poursuite de ses études.

Vu les implications financières de ce certificat médical, il est important de le remplir intégralement et de donner des réponses précises et complètes. Ainsi, l'Aide financière aux études sera en mesure de prendre une décision éclairée et équitable envers la personne concernée.

A. Reconnaissance de la déficience fonctionnelle majeure _____

De quelle déficience fonctionnelle majeure la personne est-elle atteinte? (Cochez la case appropriée.)

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Déficience visuelle grave : l'acuité visuelle de chaque œil, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4.00 dioptries, est d'au plus 6/21, ou le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60°, dans les méridiens 180° et 90°, et, dans l'un ou l'autre cas, la personne est inapte à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier. (La personne atteinte d'une déficience visuelle grave doit fournir une attestation délivrée par un centre de basse vision, la carte de l'INCA ou un document attestant qu'elle est aveugle.)</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience motrice : perte, malformation ou anomalie des systèmes squelettique, musculaire ou neurologique responsables de la motricité du corps.</p> | <p><input type="checkbox"/> Déficience auditive grave : l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficience auditive évaluée, selon la norme S3.21 de 1992 de l'American National Standard Institute, à au moins 70 décibels, en conduction aérienne, sur la moyenne des fréquences hertziennes 500, 1000 et 2000. (Vous devez dans ce cas fournir un audiogramme.)</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience organique : trouble ou anomalie des organes internes faisant partie des systèmes cardiorespiratoire, gastro-intestinal et endocrinien. (Les troubles ou anomalies des systèmes cardiovasculaire et respiratoire, comme la fibrose kystique, sont inclus dans cette catégorie.)</p> |
|---|---|

B. Reconnaissance d'une autre déficience _____

De quelle déficience la personne est-elle atteinte? (Cochez la case appropriée.)

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Déficience du langage et de la parole</p> <p><input type="checkbox"/> Paralysie affectant un seul membre</p> | <p><input type="checkbox"/> Parésie affectant un ou plusieurs membres</p> <p><input type="checkbox"/> Capacité auditive dont le niveau minimal se situe à 25 décibels
(Vous devez dans ce cas fournir un audiogramme)</p> |
|--|---|

Nom de l'élève

Prénom

Code permanent attribué par le Ministère

6 Certificat médical – Déficiences fonctionnelles majeures et autres déficiences reconnues (suite)

C. Diagnostic

Veuillez remplir cette section en caractères d'imprimerie.

1 - Quel est le diagnostic? _____

2 - Indiquez la date du diagnostic. _____

_____ A _____ M _____ J _____

3 - La déficience est : _____ Temporaire Permanente

4 - Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement de ses activités scolaires? _____ Oui Non

Précisez : _____

D. Identité et signature du médecin généraliste ou spécialiste

Nom

Numéro du permis d'exercice

Prénom

Numéro de téléphone

Ind. rég.

Profession : _____

Adresse du cabinet : _____

Signature **X**

Date _____ A _____ M _____ J _____