



Programme d'aide au remboursement pour les emprunteurs ayant une invalidité Vérification de l'invalidité

Les renseignements fournis dans ce formulaire serviront à vérifier que la condition médicale du demandeur répond aux exigences du Programme d'aide au remboursement pour les emprunteurs ayant une invalidité (PAR-I) dans le cadre du Programme canadien d'aide financière aux étudiants (PCAFE) et du Prêt canadien aux apprentis (PCA). Le PCALE est responsable d'évaluer l'admissibilité au PAR-I pour les emprunteurs de prêts d'études et de prêts aux apprentis. Veuillez remplir toutes les pages de ce formulaire et nous les renvoyer.

Partie 1 - À remplir par le demandeur (veuillez écrire lisiblement et en lettres moulées)

Nom (nom et prénom)

Numéro d'assurance sociale (NAS) **Veuillez indiquer ce numéro sur toute correspondance**

Adresse (numéro, rue ou RR, app., ville, province, code postal)

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Numéro de téléphone

Pour être admissible au PAR-I, vous devez avoir soit une invalidité permanente, soit une invalidité persistante ou prolongée, telles que définies ci-dessous.

« **Invalidité permanente** » signifie une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire, participer à un programme d'apprentissage ou participer au marché du travail et dont la durée prévue est la durée de vie probable de celle-ci.

« **Invalidité persistante ou prolongée** » signifie une déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d'apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle qui réduit la capacité d'une personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire, participer à un programme d'apprentissage ou participer au marché du travail – qui dure depuis au moins douze mois ou pourrait avoir une telle durée – mais qui n'est pas prévue pour la durée de vie probable de celle-ci.

Je comprends et je reconnais que les renseignements fournis dans la présente demande :

- se fondent sur mes dossiers et sur les constatations de mon professionnel de la santé agréé en ce qui concerne mon état de santé;
- pourraient devoir être vérifiés à nouveau pour assurer une admissibilité continue pour les demandes futures;
- sont exacts et véridiques, et qu'une fausse déclaration ou une déclaration trompeuse en présentant une demande au PAR-IP constitue une infraction et que des mesures administratives pourraient être prises à l'égard de prêts d'études et de prêts aux apprentis, si une telle déclaration est faite;
- ainsi que le résultat final pourraient être communiqués au PCALE et à ses partenaires à des fins d'administration des prêts, d'analyse de politiques, de recherche et d'évaluation.

Je comprends et je reconnais que je suis responsable de tous les frais exigés (p. ex. : honoraires du médecin) pour remplir le présent formulaire.

Je reconnais qu'au lieu de faire remplir la partie 2 du présent formulaire par mon professionnel de la santé agréé, je peux soumettre des documents prouvant que je bénéficie d'une aide fédérale ou provinciale pour les personnes ayant une invalidité, avec la Partie 1 du présent formulaire (remplie et signée).

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

Date (AAAA-MM-JJ) :

Si vous ne signez pas et ne datez pas cette demande, elle ne sera pas traitée. Veuillez remplir toutes les pages de ce formulaire et nous les renvoyer, à moins de présenter un autre document attestant de votre invalidité ou de vos invalidités.

Représentant autorisé : Si la demande est signée par une personne qui a le pouvoir d'agir au nom du demandeur, cette personne doit fournir une preuve d'autorisation (par exemple, procuration, nomination d'un fiduciaire ou d'un tuteur).

Veuillez conserver tous les reçus et les preuves de dépenses se rapportant à votre invalidité; vous pourriez devoir fournir ces documents à une date ultérieure.

Nom du demandeur (nom et prénom)

Date de naissance du demandeur (AAAA-MM-JJ)

Partie 2 - À remplir par le professionnel de la santé agréé (veuillez écrire lisiblement et en lettres moulées)

Le PCAFE sollicite votre aide pour obtenir des renseignements concernant l'invalidité ou les invalidités de la personne précitée. Ces renseignements seront utilisés comme l'un des critères pour déterminer son admissibilité au PAR-I. Veuillez remplir le questionnaire suivant et le retourner au demandeur ou l'envoyer par courrier à notre bureau à l'adresse suivante :

Programme canadien d'aide financière aux étudiants
CP 2090, succursale D
Ottawa ON K1P 6C6

Renseignements importants à l'intention du professionnel de la santé agréé

Ce formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé approprié, tel qu'un médecin, une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, un audiologiste, un optométriste, ou un psychologue autorisé à pratiquer dans la juridiction où l'évaluation a lieu.

Veuillez répondre aux questions ci-dessous, dans la mesure où elles s'appliquent au demandeur identifié dans la partie 1. Veuillez vous assurer que les renseignements fournis représentent l'invalidité ou les invalidités du demandeur et qu'ils indiquent les obstacles à l'éducation, à l'apprentissage ou à la participation au marché du travail.

1. Quelle est la nature de l'invalidité ou des invalidités du demandeur ? (Cochez toutes les options qui s'appliquent)

- Physique Neurologique Cognitive Communication Mentale Intellectuelle Apprentissage
 Sensorielle Autre : _____

Date d'apparition (AAAA-MM-JJ) : _____

Veuillez fournir tout commentaire additionnel :

2. Veuillez indiquer la durée prévue de l'invalidité ou des invalidités.

- Moins de 12 mois
 12 mois ou plus
 Pour le reste de sa durée de vie probable

Veuillez fournir tout commentaire additionnel :

3. L'invalidité ou les invalidités du demandeur entraînent-elles une ou des limitations fonctionnelles ou des déficiences qui réduisent la capacité du demandeur d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études de niveau postsecondaire, de la formation technique dans le cadre d'un programme d'apprentissage, ou participer au marché du travail?

- Non Oui

Si oui, veuillez sélectionner toutes limitations fonctionnelles ou déficiences que le demandeur éprouve :

- Mobilité/compétences motrices (s'asseoir, se tenir debout, marcher, soulever/porter, pousser/tirer, atteindre, saisir, dextérité, etc.)
 Sensorielle/communication (vision, audition, parole, perception de la profondeur, sensibilité à l'environnement)
 Tolérance au travail (force, endurance, résistance, temps d'absence du travail nécessaire pour des raisons médicales, etc.)
 Cognitif/Perceptuel (fonction exécutive, apprentissage, concentration, hallucination, etc.)
 Mental (compétences interpersonnelles, compétences organisationnelles, tolérance au stress, troubles de l'humeur, motivation, etc.)
 Autre (veuillez spécifier) : _____

4. Selon votre avis médical professionnel, pendant combien de temps cette limitation fonctionnelle ou cette déficience a-t-elle persisté ou devrait-elle persister?

- Moins de 12 mois
- 12 mois ou plus
- Pour le reste de sa durée de vie probable

Veillez fournir tout commentaire additionnel :

Les questions 5 et 6 peuvent nous aider à déterminer l'admissibilité du demandeur et sont optionnelles.

5. Veuillez dresser une liste de tout le matériel recommandé pour le demandeur ou une liste du matériel que le demandeur utilise actuellement.

6. Veuillez dresser une liste des médicaments prescrits au demandeur et les réactions à ceux-ci, ainsi que les effets secondaires.

Je certifie que je suis un professionnel de la santé agréé dûment qualifié, que j'ai le droit d'exercer la médecine en vertu des lois de cette province ou ce territoire, et que ce rapport contient mes conclusions et mon opinion.

Je certifie que les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande sont exacts et exhaustifs, à ma connaissance. Je comprends que faire une déclaration fausse ou trompeuse constitue une infraction.

Veillez écrire en lettres moulées. Veillez également estampiller le document à l'endroit indiqué.

Nom du professionnel de la santé agréé

Numéro de permis provincial ou territorial

Adresse (veuillez l'estampiller)

Type de pratique

- Médecin généraliste
- Infirmière praticienne ou infirmier praticien
- Spécialiste (veuillez préciser le domaine de spécialisation)

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Numéro de téléphone

Demande de renseignements

Si vous avez des questions, communiquez avec notre bureau par le biais du Centre de service national de prêts aux étudiants par téléphone sans frais au 1-888-815-4514 ou par écrit à l'adresse qui figure à la page 1. L'ATS pour les personnes malentendantes est disponible sans frais au 1-866-667-8554 ou au 819-994-1218 pour les résidents de la région.

Avis de protection des renseignements personnels

Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu de la *Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants* (LFAFE) et son *Règlement*, de la *Loi fédérale sur les prêts aux étudiants* (LFPE) et son *Règlement*, de la *Loi sur les prêts aux apprentis* (LPA) et son *Règlement* aux fins de l'administration du Programme canadien d'aide financière aux étudiants (PCAFE) et du Prêt canadien aux apprentis (PCA). Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli en vertu de la LFAFE, du *Règlement fédéral sur l'aide financière aux étudiants*, du *Règlement fédéral sur les prêts aux étudiants*, et du *Règlement sur les prêts aux apprentis*, et en conformité avec la *Directive sur le numéro d'assurance sociale* du Secrétariat du Conseil du Trésor dans laquelle la LFAFE, le *Règlement fédéral sur l'aide financière aux étudiants*, le *Règlement fédéral sur les prêts aux étudiants*, et le *Règlement sur les prêts aux apprentis* figurent à titre d'utilisateurs autorisés du NAS. Le NAS servira de numéro d'identification du dossier et, en plus des autres renseignements que vous fournissez, il sera aussi utilisé pour valider votre demande, administrer, et voir au respect du PCALE et du PCA.

La participation au Programme d'aide au remboursement (PAR) est facultative. Si vous refusez de fournir des renseignements personnels, votre invalidité ne sera pas évaluée ni prise en considération pour déterminer votre admissibilité au PAR pour les emprunteurs ayant une invalidité (PAR-I). Vos demandes au PAR continueront à être évaluées pour le premier et second volet du PAR, et non pour le PAR-I.

Les renseignements que vous fournissez peuvent être transmis au gouvernement fédéral, au gouvernement(s) provincial(aux)/territorial(aux), au Centre de service national de prêts aux étudiants, au Centre de service de prêt canadien aux apprentis, à des institutions financières, à un ou des fournisseurs de crédit aux consommateurs, à une ou des agences d'évaluation du crédit, à toute personne ou entreprise avec qui vous avez effectué ou avez pu effectuer des transactions financières, et à votre ou vos institutions financières, pour recueillir directement ou indirectement, conserver, utiliser, ou échanger entre eux des renseignements personnels se rapportant à la présente demande afin de s'acquitter de leurs responsabilités sous le régime de la ou des lois et règlements fédéraux et (ou) de la ou des lois et règlements provinciaux applicables qui se rapportent à l'aide financière aux étudiants ou aux apprentis, notamment à des fins d'administration, d'application, de recouvrement des créances, d'audit, de vérification, de recherches, et d'évaluation. Les renseignements que vous fournissez peuvent être divulgués à Statistique Canada à des fins statistiques et de recherche.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément à la LFAFE et à son *Règlement*, à la LFPE et à son *Règlement*, à la LPA et à son *Règlement*, à la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social*, à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et à toutes les autres lois applicables. Vous avez droit à ce que vos renseignements personnels soient protégés en plus d'avoir le droit d'y avoir accès et de les faire corriger. Ces mesures sont décrites dans les fichiers de renseignements personnels « EDSC PPU 030 » et « EDSC PPU 709 ». La marche à suivre pour obtenir ces renseignements est décrite dans la publication gouvernementale intitulée, [Info Source](#) (www.canada.ca/infosource-EDSC).

Info Source peut aussi être consulté en ligne dans tout centre Service Canada. Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du [commissaire à la vie privée du Canada](https://www.priv.gc.ca/fr/) (<https://www.priv.gc.ca/fr/>) concernant la gestion de vos renseignements personnels par l'organisme.