Rapport médical en vue d'une demande de Disposition applicable aux étudiants ayant une invalidité grave et permanente

Renseignements à l'intention du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e)

Prière de lire ce qui suit avant de remplir le formulaire.

Nous vous prions de fournir des renseignements médicaux au sujet de votre patient(e) qui a fait une demande en vue d'obtenir une dispense de remboursement de ses prêts d'études en vertu de la Disposition applicable aux étudiants ayant une invalidité grave et permanente (DEIGP). Si votre patient(e) est jugé(e) admissible à cette disposition, il ou elle sera dispensé(e) de son obligation de rembourser tout prêt que lui a accordé le Programme canadien de prêts aux étudiants et/ou le Prêt canadien aux apprentis (PCA) et/ou un gouvernement provincial participant.

Admissibilité médicale

En vertu du Programme canadien de prêts aux étudiants (PCPE) et de tout programme provincial applicable de prêts d'études, toute personne qui demande d'être exemptée de rembourser ses prêts d'études en raison d'une invalidité grave et permanente doit présenter une évaluation faite par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e) confirmant que cette personne est atteinte d'une invalidité grave et permanente qui se définit comme une limitation fonctionnelle causée par un état d'incapacité physique ou mentale :

- qui l'empêche d'occuper un emploi véritablement rémunérateur; et
- dont la durée prévue est la durée probable de vie de cette personne.

Au sens du PCPE, un « **emploi véritablement rémunérateur** » désigne une profession qui procure un revenu ou un salaire égal ou supérieur au montant annuel maximal qu'une personne pourrait recevoir à titre de pension d'invalidité.

Dans le cas des prêts de l'Ontario seulement, l'invalidité permanente grave de l'emprunteur doit l'empêcher d'accomplir les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études postsecondaires et au marché du travail, et dont la durée prévue de cette limitation fonctionnelle est la durée de vie probable de l'emprunteur.

Il est à noter que ces définitions diffèrent de celles des autres prestations d'invalidité qui peuvent établir l'admissibilité d'une personne en fonction de son incapacité à reprendre son ancien emploi ou à travailler de façon régulière. De ce fait, l'admissibilité à une prestation particulière n'équivaut pas nécessairement à l'admissibilité à la DEIGP.

Renseignements médicaux

Les renseignements médicaux que vous fournissez sont essentiels pour prendre la décision d'approuver ou de refuser la demande. Nous avons besoin d'une évaluation médicale claire et complète de tout état invalidant de votre patient(e) ainsi que des renseignements sur toute limitation qui l'empêche de participer au marché du travail pendant le reste de sa vie.

Pour nous transmettre le Rapport médical

La Demande de recours à la Disposition applicable aux étudiants ayant une invalidité grave et permanente (DEIGP) et le *Rapport médical DEIGP* doivent avoir été dûment remplis, signés et datés au cours des 12 derniers mois. Seul **l'original** du *Rapport médical DEIGP* sera accepté pour évaluation. Vous pouvez remettre le *Rapport médical DEIGP* et toute autre pièce justificative à votre patient(e) ou l'expédier directement par la poste au PCPE à l'adresse suivante :

Programme canadien de prêts aux étudiants
CP 2090, succursale D
Ottawa (ON) K1P 6C6

Si vous postez le *Rapport médical DEIGP* directement au PCPE, veuillez en informer votre patient(e).

Prière de ne pas envoyer le *Rapport médical DEIGP* par télécopie ou par courriel.

Veuillez conserver une copie du *Rapport médical DEIGP* au dossier de votre patient(e).

Questions et aide

Vous avez des questions ou vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire?

Communiquez avec le Centre de service national de prêts aux étudiants au numéro sans frais suivant : 1-888-815-4514

ATS : 819-994-1218 (local)
1-866-667-8554 (sans frais)

Demandez à parler à un(e) représentant(e) du Programme canadien de prêts aux étudiants.

Rapport médical en vue d'une demande de Disposition applicable aux étudiants ayant une invalidité grave et permanente

Important - Prière de lire ce qui suit avant de remplir ce formulaire **PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI**

La collecte et l'utilisation des renseignements personnels aux fins de l'administration du PCPE et/ou du PCA sont autorisées par la *Loi fédérale sur l'aide financière aux étudiants* (LFAFE), la *Loi fédérale sur les prêts aux étudiants* (LFPE), la *Loi sur les prêts aux apprenti* (LPA) et le *Règlement sur les prêts aux apprentis* (RPA), et sont administrées conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social*. **Ces renseignements peuvent être consultés, sur demande, par le demandeur**.

Veuillez noter que la production du *Rapport médical DEIGP* se fait aux frais du patient ou de la patiente.

Tous les renseignements médicaux (sections B, C, D) doivent être fournis par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e).

Veuillez écrire lisiblement.

Section A – Renseignements sur le demandeur (votre patient(e))

Prénom	Nom de famille

Adresse domiciliaire (numéro, rue, appartement, route rurale, case postal)	Ville

Province/Territoire	Code postal

Numéro de téléphone	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Section B – Nature et historique de l'invalidité grave et permanente

Cette section doit être remplie uniquement par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e).

Soyez précis. Évitez l'usage de mots comme « peut-être », « possiblement », « probablement », « vraisemblablement », ou « inconnu(e) ».

Une « invalidité grave et permanente » est une limitation fonctionnelle causée par un état d'incapacité physique ou mentale qui empêche l'emprunteur d'exercer les activités quotidiennes nécessaires pour occuper une profession véritablement rémunératrice et dont la durée prévue est la durée de vie probable de l'emprunteur.

Une « **profession véritablement rémunératrice** » est définie à l'article 68.1 du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada*. Plus précisément, il s'agit d'un emploi qui procure un revenu supérieur à la pension d'invalidité maximale annuelle du Régime de pensions du Canada (RPC), qui est mise à jour annuellement. Pour 2019, cela représente 16 347,60 $ par année.

1. Le patient a-t-il une invalidité permanente? ◯ Oui ◯ Non

2. Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient(e)? Veuillez indiquer le nombre de mois ou d'années.

   a) En excluant cette visite, quand avez-vous vu le patient pour la dernière fois?

   b) Combien de fois avez-vous rencontré le patient au cours des deux dernières années ?

3. L'invalidité permanente du patient entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles qui l'empêchent de faire partie du marché du travail ? ◯ Oui ◯ Non

   a) Si oui, expliquer en détails comment celles-ci l'empêchent de travailler.

   b) Peut-on s'attendre à ce que les limitations fonctionnelles demeurent aussi graves pour le reste de la vie du patient? ◯ Oui ◯ Non

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

Diagnostic	**PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI**
4. Diagnostic primaire (physique ou psychologique) :	Date de début
5. Diagnostic(s) secondaire(s) (physique(s) et/ou psychologique(s)) :	Date de début
6. Veuillez décrire tout antécédent médical et social pertinent concernant ce patient :	

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

Section C – Traitements et médicaments

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

Cette section doit être remplie uniquement par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e).

Veuillez fournir tous les détails importants concernant tous les traitements et médicaments pertinents aux fins de la présente demande.

Traitements (p. ex. psychothérapie, physiothérapie, chiropratique, etc.)

Traitements et examens du patient, s'il y a lieu	Fréquence et durée	Résultat attendu et réaction réelle
Traitements et examens actuels :		
Traitements et examens antérieurs :		
Traitements et examens à venir :		

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

Médicaments

Médicament(s) du patient, si pertinent(s)	Posologie et fréquence	Résultat attendu et réaction réelle
Médicaments actuels :		
Médicaments antérieurs :		

7. Veuillez fournir l'historique pertinent des admissions et/ou les sommaires de congés de l'hôpital :

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

Section C – Traitements et médicaments (suite)

PROTÉGÉ B UNE FOIS REMPLI

8. Veuillez indiquer toute pièce justificative pertinente et en joindre une copie, s'il y a lieu :

Rapports de médecins consultants : ◯ Oui ◯ Non

Rapports de diagnostic : ◯ Oui ◯ Non

Sommaires d'admissions et/ou de congés de l'hôpital : ◯ Oui ◯ Non

Autre (veuillez préciser) :

Section D – Pronostic

Cette section doit être remplie uniquement par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e).

Soyez précis. Évitez l'usage de mots comme « peut-être », « possiblement », « probablement », « vraisemblablement », ou « inconnu(e) ».

9. Recommandez-vous que le patient ne travaille pas? ◯ Oui, en date du : _____

◯ Non

Si oui, veuillez expliquer :

a) comment les limitations fonctionnelles de votre patient empêchent toute participation au marché du travail

b) si ces limitations devraient rester aussi sévères jusqu'à la fin de leur vie

Si non, recommandez-vous que le patient ne travaille que dans une capacité limitée? ◯ Oui ◯ Non

10. D'un point de vue strictement médical, prévoyez-vous que le patient occupera un emploi (avec ou sans accommodements et/ou mesures de soutien) maintenant ou dans l'avenir?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, quel type de travail devrait-il être en mesure d'accomplir?

◯ Travail habituel ◯ Différent travail, après avoir suivi une formation

◯ Travail adapté ◯ Autre

Fournir des détails :

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

À quelle fréquence leur invalidité pourrait-elle le permettre?

- ◯ Horaire à temps plein
- ◯ Heures réduites (donnez des détails selon votre évaluation, y compris le nombre d'heures de travail par semaine, que le patient est en mesure d'effectuer sur une base régulière)

11. D'un point de vue strictement médical, vous attendez-vous à ce que le patient ait un jour la capacité de suivre une formation en vue d'un emploi futur (avec ou sans accommodements et/ou mesures de soutien)?

◯ Oui ◯ Non

Si non, veuillez expliquer :

a) Comment les limitations fonctionnelles de votre patient empêchent sa capacité de suivre une formation en vue d'un emploi futur.

b) Si ces limitations devraient rester aussi sévères pour le reste de leur vie.

12. Pour nous aider à évaluer la capacité d'emploi actuelle et future du demandeur, veuillez ajouter toute autre information que vous jugez pertinente (p. ex. recherches et/ou consultations de spécialistes prévues, raison du pronostic incertain, impact prévu sur les activités quotidiennes, etc.)

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.

Si le patient a un prêt de l'Ontario, veuillez répondre aux questions suivantes :

13. À mon avis, ce patient **ne sera jamais en mesure de participer au marché du travail, poursuivre des études postsecondaires à temps plein ou à temps partiel ou suivre un programme d'apprentissage pour le reste de sa vie** en raison de son ou de ses invalidité(s) graves et permanentes :

◯ Oui ◯ Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer comment le patient est et sera **empêché de façon permanente** de participer à l'une de ces activités à temps plein ou à temps partiel **pour le reste de sa vie**.

Section E – Nom, coordonnées et signature

En apposant votre signature ci-dessous, vous attestez qu'à votre connaissance, les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Vous comprenez que la production d'une déclaration fausse ou trompeuse constitue une infraction.

Nom, coordonnées et signature du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e).

Écrivez en lettres moulées et lorsque c'est indiqué, veuillez estampiller.

Nom au complet du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) autorisé(e)	
Numéro d'autorisation attribué par la province ou le territoire	
Adresse (veuillez estampiller)	Type de pratique ◯ Médecin généraliste ◯ Infirmier(ère) praticien(ne) ◯ Spécialiste (veuillez préciser la spécialité) _____

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)	Numéro de téléphone

N'oubliez pas d'inclure les pièces justificatives pertinentes, s'il y a lieu.

Veuillez nous transmettre la version originale de la demande dûment remplie.