

Formulaire de demande

Services aux enfants handicapés

Ce formulaire est offert dans d'autres formats sur demande

Ce formulaire doit être rempli afin de déterminer l'admissibilité au Programme des services aux enfants handicapés. Il peut être rempli par le parent ou le tuteur d'un enfant, un organisme ou une personne qui offre du soutien à la famille, mais la famille doit être au courant de cette demande.

Une demande d'aiguillage doit comprendre :

- ce formulaire dûment rempli;
- les évaluations diagnostiques.

Les demandes d'aiguillage incomplètes pourraient être retournées à leur auteur.

Critères d'admissibilité

- Être âgé de moins de 18 ans.
- Être résident du Manitoba et vivre avec sa famille naturelle, élargie ou adoptive, ou son tuteur légal*.
- Présenter au moins une des conditions suivantes :
 - retard du développement,
 - trouble du spectre autistique,
 - déficience intellectuelle,
 - déficience physique permanente accompagnée d'importantes limitations fonctionnelles de la mobilité,
 - forte probabilité de retard du développement.

*Les enfants sous la tutelle d'un office de services à l'enfant et à la famille qui seraient autrement admissibles au Programme des services aux enfants handicapés peuvent accéder aux services d'intervention précoce uniquement.

A. Renseignements sur l'enfant

Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance (jj-mm-aaaa) :	Genre :
Adresse :	Adresse postale :
Participation antérieure au Programme des services aux enfants handicapés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

B. Renseignements sur le parent ou le tuteur

<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Parent nourricier	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Parent nourricier
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Adresse postale :	Adresse postale :
Téléphone principal :	Téléphone principal :
Téléphone secondaire :	Téléphone secondaire :
Courriel :	Courriel :
Langues parlées à la maison :	Langues parlées à la maison :
Première langue : Autres :	Première langue : Autres :
<input type="checkbox"/> Demande de services en français <input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète	<input type="checkbox"/> Demande de services en français <input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète

C. Office de services à l'enfant et à la famille (s'il y a lieu)

Nom de l'office et de la régie :	Nom du gestionnaire de cas ou du travailleur social :
Adresse du bureau :	
Ville :	Code postal :

Diagnostic

Veuillez cocher toutes les catégories appropriées :

- Trouble du spectre autistique
- Retard du développement, quotient de développement (QD) : _____ (soyez précis)
- Déficience intellectuelle, quotient intellectuel (QI) : _____ (soyez précis)
- Déficience physique permanente accompagnée d'importantes limitations fonctionnelles de la mobilité
- Syndrome de Down (trisomie 21), syndrome de Prader-Willi, syndrome de Rett, syndrome WAGR, syndrome d'Angelman, syndrome de Leigh ou syndrome du cri du chat
- Forte probabilité de retard du développement
- Besoins médicaux complexes, extrêmes et permanents (groupe A du Système commun d'orientation et de réception des demandes) **associés à un ou plusieurs des critères énumérés précédemment**
- Évaluation diagnostique ou rapport annexé fait par un professionnel qualifié en mesure de poser des diagnostics dans le cadre de sa pratique.

Remarque : Tous les détails de l'évaluation sont strictement confidentiels et demeurent dans le bureau des Services aux enfants handicapés.

E. Accord du parent ou du tuteur

Est-ce que la famille ou le tuteur consent à la présente demande d'aiguillage? Oui Non

F. Source de l'aiguillage		<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Office	<input type="checkbox"/> Autre
Nom de l'office ou de la source de l'aiguillage :		Nom et titre de la source de l'aiguillage :			
Adresse du bureau :					
Ville :	Code postal :	Téléphone :			
Signature de la source de l'aiguillage :		Date :			

Commentaires (le cas échéant) :

Information sur la collecte des renseignements personnels et médicaux personnels

Les renseignements personnels et médicaux personnels qui sont recueillis dans la présente demande seront utilisés aux fins de la détermination de l'admissibilité aux Services aux enfants handicapés ainsi qu'aux fins de la planification et de la prestation des services à l'intention des bénéficiaires de ce programme. Les lois applicables, à savoir la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, la Loi sur les renseignements médicaux personnels et la Loi sur la protection des enfants et les services qui leur sont destinés (communication de renseignements), régissent la collecte, l'utilisation et la communication de ces renseignements.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte et l'utilisation de vos renseignements aux Services aux enfants handicapés, veuillez communiquer avec le bureau de Service de soutien la famille au 204 945-8311.

Déclaration volontaire d'identité autochtone

Les renseignements personnels recueillis dans cette section serviront au ministère des Familles afin de comprendre la composition des demandeurs et des participants autochtones au Programme des services aux enfants handicapés.

Vous avez le choix d'y répondre ou non.

Lequel de ces peuples autochtones désigne le mieux l'identité autochtone du demandeur?
Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

Premières Nations

Inuits

Métis

Si vous avez coché Premières Nations, veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent :

Anichinabé (Ojibwé)

Anishinewuk

Dakota Oyate

Dénésuline (Déné)

Nehethowuk (Cri)

Autre Veuillez préciser : _____

Si le demandeur est un membre d'une Première Nation :

N° d'inscription : _____

N° d'enregistrement et nom du groupe : _____

Renseignements sur le déclarant

Je comprends que remplir cette section n'est pas obligatoire et je confirme que ces renseignements sont fournis sur une base volontaire. Je comprends que le ministère des Familles peut effectuer la collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements, en conformité avec les lois sur la protection de la vie privée applicables, pour aider à la planification, à la prestation et à l'amélioration du Programme des services aux enfants handicapés.

Nom : _____ Lien avec le demandeur : _____

Date : _____

Veuillez envoyer tous les formulaires remplis accompagnés de l'évaluation diagnostique ou du rapport médical à :

Télécopieur, poste ou dépôt
(Toutes régions)

Service de soutien à la famille
Centre SSCY
1155, avenue Notre Dame
Winnipeg (Manitoba) R3E 3G1
Téléphone : 204 945-8311
Télécopieur : 204 948-4788

Dépôt seulement

RÉGION DE L'EST

Morden
290, rue North Railway

Portage la Prairie
25, rue Tupper Nord

Beauséjour
20, 1re Rue Sud

Steinbach
323, rue Main, bureau 242

RÉGION DE L'OUEST

Brandon
340, 9e Rue, bureau 229

Dauphin
27, 2e Avenue Sud-Ouest, bureau 309

RÉGION DU NORD
Selkirk
446, rue Main, bureau 101

The Pas
79, 3e Rue

Thompson
59, promenade Elizabeth

Flin Flon
143, rue Main, bureau 102

Swan River
1431, 1re Rue Nord