

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 : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre genre
Adresse et code postal :	
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 et code postal : (si ces renseignements diffèrent de ceux de l'enfant)	Adresse et code postal : (si ces renseignements diffèrent de ceux de l'enfant)
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)

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

D. Évaluation diagnostique faite par un professionnel

Diagnostic

Veillez 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 Parent Tuteur Office 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 : _____

Veillez envoyer tous les formulaires remplis accompagnés de l'évaluation diagnostique ou du rapport médical à l'une des adresses ci-dessous.

BUREAU DE WINNIPEG

SERVICE DE SOUTIEN À LA FAMILLE

**Services spécialisés pour les enfants et les jeunes
(Centre SSCY)**

1155, avenue Notre Dame
Winnipeg (Manitoba) R3E 3G1
Téléphone : 204 945-8311
Télécopieur : 204 948-4788

BUREAUX RÉGIONAUX

RÉGION DE L'EST

Bureau régional

290, rue North Railway
Morden (Manitoba) R6M 1S7
Téléphone : 204 822-2861
Télécopieur : 204 822-2879
Sans frais : 1 888 310-0568

Bureau de zone

25, rue Tupper Nord
Portage-la-Prairie (Manitoba) R1N 3K1
Téléphone : 204 239-3092
Télécopieur : 204 239-3198
Sans frais : 1 866 513-2185

Bureau régional

20, 1^{re} Rue Sud, C. P. 50
Beausejour (Manitoba) R0E 0C0
Téléphone : 204 268-6028
Télécopieur : 204 268-6222
Sans frais : 1 866 576-8546

Bureau de zone

323, rue Main, bureau 242
Steinbach (Manitoba) R5G 1Z2
Téléphone : 204 346-6390
Télécopieur : 204 326-9948
Sans frais : 1 866 682-9782

RÉGION DE L'OUEST

Bureau régional

340, 9^e Rue, bureau 229
Brandon (Manitoba) R7A 6C2
Téléphone : 204 726-6336
Télécopieur : 204 726-6539
Sans frais : 1 866 726-6438

Bureau de zone

27, 2^e Avenue Sud-Ouest, bureau 309
Dauphin (Manitoba) R7N 3E5
Téléphone : 204 622-2035
Télécopieur : 204 638-3278
Sans frais : 1 866 355-3494

RÉGION DU NORD

Bureau régional

446, rue Main, bureau 101
Selkirk (Manitoba) R1A 1V7
Téléphone : 204 785-5106
Télécopieur : 204 785-5321
Sans frais : 1 866 475-2015

Bureau régional

Immeuble provincial
79, 3^e Rue, C. P. 2550
The Pas (Manitoba) R9A 1M4
Téléphone : 204 627-8311
Télécopieur : 204 627-8265
Sans frais : 1 866 443-2292

Bureau de zone

59, promenade Elizabeth, C.P. 5
Thompson (Manitoba) R8N 1X4
Téléphone : 204 677-6570
Télécopieur : 204 677-6517
Sans frais : 1 866 677-6713
Sans frais : 1 866 443-2291

Bureau de zone

143, rue Main, bureau 102
Flin Flon (Manitoba) R8A 1K2
Téléphone : 204 687-1700
Télécopieur : 204 687-1708
Sans frais : 1 866 443-2291

Bureau de zone

1431, 1^{re} Rue Nord, C. P. 997
Swan River (Manitoba) R0L 1Z0
Téléphone : 204 734-3491
Télécopieur : 204 734-5615
Sans frais : 1 866 269-6498