

## Demande de services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Ce formulaire est offert dans d'autres formats sur demande.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom		Prénom		Second prénom	
Pseudonyme		Date de naissance			
Genre	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre genre <input type="checkbox"/>				
Adresse		Code postal		N° de téléphone	
Ville		Province			
Parent le plus proche, tuteur ou subrogé (nom, adresse et n° de téléphone)					

### IMPORTANT – VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE SECTION AU COMPLET

Nom de la personne présentant la demande	
Programme ou organisme	
Adresse (y compris le code postal)	
N° de téléphone	
N° de télécopieur	
Courriel	
Date de la demande	

### OFFICE DE SERVICES À L'ENFANT ET À LA FAMILLE (s'il y a lieu)

Nom de l'office		Nom du gestionnaire de cas	
Adresse du bureau		Code postal	
Ville		N° de téléphone	
Courriel		N° de télécopieur	
Type de placement (foyer nourricier, foyer de groupe, etc.)		Financement approuvé des Services à l'enfant et à la famille ( <b>joindre le plan de services</b> )	
Avez-vous projeté de poursuivre ce placement après l'âge de 18 ans?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### FORMATION

Le demandeur fréquente-t-il l'école actuellement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le nom de l'école	

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Zone communautaire ou région		N° SAMIN		N° inFACT	
Personne-ressource de la zone communautaire ou de la région					

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU HANDICAP**

Veillez énumérer tous les handicaps spécifiques qui pourraient se rapporter aux critères d'admissibilité figurant aux pages 5 et 6. Le nom et le numéro de téléphone du médecin, du psychologue ou du psychiatre sont requis au cas où il serait nécessaire de confirmer leurs rapports.

Handicap principal			
Handicap(s) secondaire(s)			
Renseignements supplémentaires			
Médecin de famille		N° de téléphone	
Psychologue		N° de téléphone	
Psychiatre		N° de téléphone	

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVALUATION**

Important : Une évaluation clinique avec des tests psychométriques faits par un psychologue agréé ou scolaire est requise afin de pouvoir confirmer qu'une personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel et une détérioration du comportement adaptatif qui se sont manifestées avant l'âge de 18 ans.

Le demandeur a-t-il été officiellement évalué par un psychologue agréé ou scolaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le nom du psychologue	
Date de l'évaluation	
Avez-vous joint une copie de l'évaluation psychologique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, veuillez expliquer pourquoi.	

**MOTIFS DE L'AIGUILLAGE**

Veillez confirmer les motifs de l'aiguillage en cochant les services qui pourraient s'avérer nécessaires. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Planification relative à l'âge de la majorité	<input type="checkbox"/>
Transition des Services aux enfants handicapés	<input type="checkbox"/>
Gestion de cas	<input type="checkbox"/>
Emploi ou services de jour	<input type="checkbox"/>
Services en résidence	<input type="checkbox"/>
Services de relève	<input type="checkbox"/>
Services cliniques	<input type="checkbox"/>

**Remarque :** La prestation des programmes et les soutiens fournis dans le cadre des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées sont soumis à l'évaluation des besoins, aux cycles budgétaires annuels, aux affectations régionales et à la disponibilité des ressources.

## 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 d'intégration communautaire des personnes handicapées.

**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 :  
\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENT 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 afin d'aider à la planification, à la prestation et à l'amélioration du Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées.

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS AU MINISTÈRE DES FAMILLES  
(Veuillez imprimer et signer la copie papier)**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, domicilié au \_\_\_\_\_,  
NOM ADRESSE COMPLÈTE

consens à la présente demande de services auprès des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées offerts par l'entremise du ministère des Familles. J'autorise la Province du Manitoba, le ministère des Familles, et leurs représentants, à se procurer auprès des médecins, hôpitaux, écoles, organismes de services sociaux, ou de toute autre source pertinente, les renseignements d'ordre médical, psychologique ou psychiatrique nécessaires en vue de confirmer l'admissibilité aux services du demandeur susnommé. Je comprends qu'une autorisation de communiquer des renseignements plus détaillés pourrait devoir être remplie au début de la prestation des services afin de mettre au point un plan de services approprié.

Je comprends aussi que les renseignements obtenus ou discutés seront traités de manière confidentielle et que cette autorisation de communiquer des renseignements n'est valide que pour une période d'un an à partir de la date indiquée aux présentes.

Signée par : \_\_\_\_\_  
DEMANDEUR

\*Signature : \_\_\_\_\_  
PARENT, TUTEUR OU SUBROGÉ

Date : \_\_\_\_\_

**\*IMPORTANT** : Une autorisation légale est requise lorsque le demandeur est âgé de moins de 18 ans, lorsqu'un subrogé a été nommé ou lorsqu'un Ordre de nomination d'un curateur public a été rendu.

**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 au Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées ainsi qu'aux fins de la planification et de la prestation des services à l'intention des bénéficiaires de ce programme. La Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur les renseignements médicaux personnels régissent la collecte, l'utilisation et la communication de ces renseignements.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte de vos renseignements, veuillez communiquer avec le bureau central de réception des demandes au 204 945-0979 (Winnipeg) ou 204 904-8412 (à l'extérieur de Winnipeg).

## LISTE DE VÉRIFICATION DE LA DEMANDE

Veillez confirmer ce qui suit :

- La demande est **remplie en entier**.
- Tous les documents justificatifs ont été joints à la demande, y compris les rapports professionnels et les évaluations des médecins, psychologues et psychiatres.
- L'autorisation de communiquer des renseignements est signée et jointe à la demande.

**Important :** Les demandes incomplètes pourraient être retournées à l'auteur de l'aiguillage afin qu'elles soient dûment remplies. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de demander des renseignements supplémentaires afin de confirmer l'admissibilité ou de mettre au point un plan de services individuel.

Si vous demeurez à l'extérieur de Winnipeg, veuillez envoyer la demande (aiguillage) dûment remplie et les documents justificatifs au bureau central de réception des demandes des régions rurales. Si vous demeurez à Winnipeg, veuillez envoyer vos renseignements au bureau central de réception des demandes de Winnipeg. Si vous avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec l'un de ces bureaux, selon leurs coordonnées à la page 6.

### Notes importantes concernant les demandes auprès des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Pour avoir droit aux services d'intégration communautaire des personnes handicapées, une personne doit satisfaire à tous les critères suivants :

- une réduction marquée du fonctionnement intellectuel;
- une détérioration du comportement adaptatif;
- une manifestation de ces affaiblissements mentaux avant l'âge de 18 ans.

En outre, la personne doit :

- être âgée de 18 ans ou plus (les demandes d'aiguillages devraient être faites avant l'âge de 16 ans pour des besoins de planification);
- avoir une résidence permanente hors réserve au Manitoba;
- avoir la citoyenneté canadienne ou être un adulte légalement autorisé à résider et à travailler au Canada de manière permanente, et être un résident du Manitoba.

Une évaluation clinique faite par un spécialiste qualifié (un psychologue agréé ou scolaire) est requise afin de pouvoir confirmer qu'une personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel et une détérioration du comportement adaptatif, qui se sont manifestées avant l'âge de 18 ans. L'évaluation clinique est normalement basée sur une évaluation directe de la personne, faite au moyen d'un ou de plusieurs tests d'intelligence normalisés, administrés individuellement. Veuillez noter que le ministère n'acceptera pas la forme abrégée de l'échelle d'intelligence de Wechsler (WASI) pour confirmer l'admissibilité. Les renseignements concernant l'évaluation doivent être actuels et concluants.

Les renseignements sont considérés comme actuels si :

- la personne était âgée d'au moins 15 ans au moment de l'évaluation\*;
- l'évaluation a été faite dans les cinq dernières années si la personne était âgée de moins de 18 ans au moment de l'évaluation;

- l'évaluation a été faite dans les dix dernières années si la personne était âgée de 18 ans et plus au moment de l'évaluation.

Les renseignements découlant de l'évaluation sont considérés comme concluants si un spécialiste qualifié a rempli l'évaluation et si lesdits renseignements :

- fournissent une conclusion ou une interprétation clinique des résultats dérivés attestant que la personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel;
- ne mentionnent aucune réserve ou condition susceptible d'influer sur la validité des résultats de tests.

Le diagnostic d'un syndrome clinique fait par un médecin doit être accompagné de renseignements psychométriques indiquant le niveau d'affaiblissement mental.

Le comportement adaptatif concerne la capacité de la personne à faire face aux exigences de la vie quotidienne et à répondre à la norme d'autonomie attendue d'une personne du même âge, ayant les mêmes antécédents socioculturels et vivant dans le même cadre communautaire. Les affaiblissements mentaux de la personne devraient être déterminés en fonction du cadre dans lequel les personnes du même âge vivent, apprennent, travaillent et interagissent habituellement. Il existe un certain nombre d'outils d'évaluation du comportement adaptatif disponibles et ils sont généralement administrés par un professionnel ayant reçu la formation appropriée (spécialiste du comportement, psychologue, ergothérapeute).

\*Les évaluations réalisées à l'âge de 13 ou 14 ans seront considérées comme acceptables en tant que référence « de base » des aptitudes intellectuelles des personnes référées avant l'âge de 18 ans. Cependant, les spécialistes auront à fournir un document écrit confirmant la validité des résultats de l'évaluation en tant qu'indication des aptitudes intellectuelles actuelles de la personne, de façon à confirmer que la personne présente une réduction marquée du fonctionnement intellectuel au moment présent. Cette confirmation exigera une observation directe de l'enfant (par le spécialiste) ainsi qu'un examen de toute autre source d'information de validation.

## **BUREAU CENTRAL DE RÉCEPTION DES DEMANDES DE WINNIPEG**

ADRESSE DU BUREAU	COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	N° DE TÉLÉCOPIEUR
1050, avenue Leila, bureau 3 Winnipeg (Manitoba) R2P 1W6	clds.intake@gov.mb.ca	204 945-0979	204 938-5609

## **BUREAU CENTRAL DE RÉCEPTION DES DEMANDES DES RÉGIONS RURALES**

ADRESSE DU BUREAU	COURRIEL	N° DE TÉLÉPHONE	N° DE TÉLÉCOPIEUR
446, rue Main, bureau 101 Selkirk (Manitoba) R1A 1V7	cldsruralintake@gov.mb.ca	204 904-8412	204 785-5321