

Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels

Allocation famille

Renseignements concernant la demande

Nous utilisons les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer l'admissibilité de votre enfant au **supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels (SEHNSE)**.

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire les renseignements ci-dessous ainsi que le **dépliant [Le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels - Pour bien comprendre les critères d'admissibilité](#)**, disponible dans notre site Web à retraitequebec.gouv.qc.ca.

Conditions préalables

Pour avoir droit au SEHNSE, votre famille doit recevoir l'**Allocation famille (AF)** et le **supplément pour enfant handicapé (SEH)** pour l'enfant concerné.

Si ce n'est pas le cas, vous devez faire une demande d'AF et/ou de SEH. Vous trouverez les formulaires de demande sur notre site Web. Vous pouvez nous transmettre en même temps vos demandes d'AF et de suppléments pour enfant handicapé (SEH et SEHNSE).

Comment remplir votre demande

Notez que les renseignements déjà fournis dans votre demande de SEH pour votre enfant peuvent être consultés par les professionnelles et professionnels de la santé qui analysent votre demande de SEHNSE pour le même enfant.

1. Remplissez le formulaire ci-joint.

Répondez à toutes les questions qui s'appliquent à la condition de votre enfant. Il est très important de nous fournir les renseignements qui correspondent à la **situation actuelle** de votre enfant.

2. Remplissez et signez le **Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels**.

Nous avons besoin de votre consentement pour pouvoir obtenir des renseignements additionnels si nécessaire.

3. Joignez à votre formulaire tous les documents médicaux et scolaires que vous avez en main.

En plus des renseignements fournis par le parent qui dépose une demande, nous tenons compte de toute information pertinente qui provient de sources médicales ou paramédicales (médecin, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.). Les renseignements provenant de l'école, de la garderie

et des intervenantes et intervenants psychosociaux qui connaissent bien votre enfant sont également pris en compte. Voici quelques-uns des documents les plus utiles :

- évaluation multidisciplinaire, évaluation et rapport d'évolution en psychologie, en orthophonie, en ergothérapie, en physiothérapie, en psychoéducation, etc. ;
- plan d'intervention de l'école et bulletins scolaires récents.

Si vous avez déjà fourni certains documents dans votre demande de SEH, vous n'avez pas besoin de nous les envoyer à nouveau.

Si vous n'avez pas ces documents en main, nous pouvons, avec votre consentement signé, les demander à des établissements du réseau de la santé ou de l'éducation.

Inscrivez votre **numéro d'assurance sociale** sur chaque document que vous nous transmettez.

4. Si vous recevez de nouveaux renseignements concernant la condition de votre enfant pendant l'étude de votre demande, veuillez nous les transmettre dès que possible afin que nous puissions en tenir compte.

Traitement de votre demande

Nous effectuons les étapes de traitement suivantes :

- Nous recevons votre demande et analysons votre dossier client de l'Allocation famille.

Si votre enfant est admissible au SEH ou s'il y a été admissible dans les 11 mois précédant la date où nous avons reçu votre demande, ces autres étapes suivent :

- Nous transmettons votre dossier à notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé, qui détermine si votre enfant est admissible au SEHNSE selon les critères définis par la Loi sur les impôts et son règlement.
- Nous demandons des renseignements complémentaires aux professionnelles et professionnels de la santé ou de l'éducation qui s'occupent de votre enfant, s'ils sont nécessaires pour rendre une décision.
- Quand nous avons reçu ces renseignements complémentaires, nous poursuivons notre analyse médicale afin de déterminer si votre enfant est admissible au SEHNSE.
- Nous vous transmettons enfin notre décision par la poste.

Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyennes et citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de SEHNSE dans un délai maximal de 180 jours à compter du moment où nous avons reçu le formulaire rempli.

Le supplément peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au SEHNSE, vous pourriez recevoir un versement rétroactif pour une **période maximale de 11 mois** avant la date où nous avons reçu votre demande. C'est le cas uniquement **si la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité au SEHNSE pendant toute cette période**. Sinon, nous déterminerons une date de début d'admissibilité au SEHNSE en fonction du moment où la condition de votre enfant satisfait aux critères requis. La période de rétroactivité débutera à cette date.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut en allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions : leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

Pour obtenir plus d'information

Par Internet

Mon  dossier

Mon lien avec
Retraite Québec

retraitequebec.gouv.qc.ca/mondossier

Par téléphone

Région de Québec : **418 643-3381**

Région de Montréal : **514 864-3873**

Sans frais : **1 800 667-9625**

Pour plus d'information sur le supplément pour enfant handicapé ou sur le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, vous pouvez consulter notre site Web à retraitequebec.gouv.qc.ca.

Le dépôt direct : la solution pour recevoir vos versements

Inscrivez-vous au dépôt direct pour recevoir vos versements dans votre compte bancaire. Faites-le par Internet à retraitequebec.gouv.qc.ca ou communiquez avec nous.



**Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à :
retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier.**

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4

**Demande de supplément pour enfant handicapé
nécessitant des soins exceptionnels**

Remplissez les **sections 1 et 2 au complet**. Pour les autres sections, répondez à toutes les questions **qui s'appliquent à la condition de votre enfant**. Si vous n'avez pas assez d'espace pour répondre à certaines questions, fournissez tout renseignement additionnel sur une autre feuille et inscrivez-y votre numéro d'assurance sociale.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit l'Allocation famille

1. Renseignements sur l'identité du parent qui reçoit l'Allocation famille

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille		Prénom	
	Date de naissance année mois jour		Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)	
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville			Province	Code postal
Téléphone				
Au domicile		ind. rég.	Autre	ind. rég.
				Poste

2. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
---	----------------	--------	--

2.1 Est-ce que votre enfant est actuellement placé ou hébergé? ☐ Oui ☐ Non
2.2 Est-ce que votre enfant a été placé ou hébergé au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez les périodes : _____
2.3 Est-ce que votre enfant reçoit ou pourrait recevoir des indemnités d'aide personnelle à domicile de :

la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)?		☐ Oui	☐ Non
la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?		☐ Oui	☐ Non
la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)?		☐ Oui	☐ Non

3. Liste des diagnostics posés

Inscrivez le ou les diagnostics de votre enfant.

☐ Je ne les connais pas.

4. Soins médicaux complexes à domicile potentiellement admissibles en situation B¹

☐ Ne s'applique pas

Oui Non

Soins respiratoires

☐ ☐ Votre enfant reçoit de l'**oxygénothérapie** quotidienne 24h/24 à domicile.

année mois

Date de début à domicile:

Type d'appareil:

☐ ☐ Sevrage commencé.

☐ ☐ Votre enfant est sous **ventilation mécanique** à domicile. Date de début à domicile:

année mois

Type d'appareil: ☐ CPAP ☐ BPAP ☐ Autre:

Fréquence d'utilisation: ☐ Quotidienne Nombre d'heures par jour: ☐ Autre:

☐ ☐ Sevrage commencé.

☐ ☐ Votre enfant a une **trachéostomie / trachéotomie**. Date de début à domicile:

année mois

☐ ☐ Sevrage commencé.

(ATTENTION: Si ventilation mécanique associée, remplir la section ci-haut également.)

Soins cardiaques

☐ ☐ Votre enfant reçoit des **inotropes** par voie intraveineuse à domicile. Date de début à domicile:

année mois

☐ ☐ Votre enfant est sous **dispositif d'assistance ventriculaire** (pompe cardiaque artificielle) à domicile.

année mois

Date de début à domicile:

Soins nutritionnels

☐ ☐ Votre enfant est nourri par **gavage jéjunal** à domicile. Date de début à domicile:

année mois

☐ TNJ (tube naso-jéjunal) ☐ Gastro-jéjunostomie ☐ Jéjunostomie

**Veuillez noter que les soins reliés à un tube nasogastrique ou à une gastrotomie ne constituent pas des soins médicaux correspondant aux critères d'admissibilité en situation B.*

☐ ☐ Sevrage commencé.

☐ ☐ Votre enfant est nourri par **nutrition parentérale** (hyperalimentation intraveineuse) à domicile.

année mois

Date de début à domicile:

☐ ☐ Sevrage commencé.

Soins rénaux

☐ ☐ Votre enfant est sous **dialyse péritonéale** à domicile. Date de début à domicile:

année mois

Soins de peau complexes

☐ ☐ Votre enfant reçoit des soins journaliers de la peau pour une condition dermatologique **extrême et étendue, à haut risque de plaies de pression, synéchies (adhérences cicatricielles) ou de rétractions.**

année mois

Date de début à domicile:

Précisez (type de soins, fréquence et durée des soins, complications, etc.):

¹ Voir le dépliant mentionné plus haut.

5. Autres soins

Oui	Non	
☐	☐	Votre enfant reçoit d'autres soins médicaux que ceux qui sont présentés dans le tableau précédent. (exemples : perfusion de médicaments par voie intraveineuse autre que des inotropes, gavages par voie gastrique via gastrostomie ou tube nasogastrique, oxygénothérapie non continue) Précisez :

6. Médication

☐ **Voir demande SEH récente.** À cocher si vous avez rempli un formulaire de demande SEH dans les 12 derniers mois et que votre enfant prend toujours les mêmes médicaments. Dans ce cas, vous n'avez pas à remplir la **section 6.1**. Si votre enfant prend de nouveaux médicaments, veuillez inscrire leurs noms dans le tableau ci-dessous.

6.1 Votre enfant prend des **médicaments** sur une base régulière.

☐ Oui ☐ Non

Si oui, remplissez le tableau suivant ou joignez à ce formulaire la liste des médicaments servis à votre enfant par une pharmacie au cours des 12 derniers mois.

Nom du ou des médicaments servis à votre enfant	Date approximative du début du traitement
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois
	année mois

6.2 Inscrivez le nom, le numéro de téléphone et l'adresse de la pharmacie si votre enfant a pris des médicaments au cours des 12 derniers mois :

Nom de la pharmacie de votre enfant	
Adresse	Téléphone ind. rég.

7. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie

Âge de votre enfant au moment où vous remplissez cette section : _____ ans _____ mois

Cette section nous permet d'obtenir des renseignements sur le **fonctionnement actuel de votre enfant dans son milieu familial**. Seules les capacités normalement développées chez un enfant en santé en fonction de son âge sont prises en compte dans l'analyse des limitations de votre enfant.

Marche à suivre

Indiquez si votre enfant présente **pour son âge** des difficultés dans la réalisation des habitudes de vie décrites aux sections 7.1 à 7.7 en cochant « **Oui** », « **Non** » ou « **Je ne sais pas** ».

- **Si vous cochez « Oui »**, décrivez ce que votre enfant ne peut pas faire ou les difficultés rencontrées. Précisez aussi le type d'aide dont il a besoin pour réaliser l'habitude de vie en question malgré les difficultés vécues.
- **Si vous cochez « Non »**, passez à l'habitude de vie suivante.
- **Si vous cochez « Je ne sais pas »**, nous vous encourageons à décrire ce que vous croyez être des difficultés. Précisez aussi le type d'aide dont votre enfant a besoin pour réaliser l'habitude de vie en question malgré les difficultés vécues.
- **Si vous pouvez joindre des documents récents à votre demande**, cochez la case « Documents joints » pour l'habitude de vie concernée. Ces documents peuvent déjà contenir tous les renseignements que vous souhaitez nous communiquer concernant le fonctionnement actuel de votre enfant dans son milieu familial. Vous pouvez inscrire des renseignements additionnels sur les difficultés vécues par votre enfant dans l'espace libre. **Important** : Si les documents joints datent de plus de 12 mois et que le fonctionnement de votre enfant a évolué, décrivez-nous les difficultés vécues en ce moment.
- **Si votre formulaire de demande de SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis**, vous pouvez cocher la case « Voir demande SEH récente » pour l'habitude de vie concernée. Dans ce cas, vous n'avez pas besoin d'inscrire des renseignements additionnels pour cette habitude de vie. **Attention** : si la situation de votre enfant a évolué depuis que vous nous avez fourni des renseignements, décrivez-nous les difficultés qu'il vit actuellement.

7.1 La nutrition

- Boire au sein ou au biberon, avec un verre à bec ou une paille, à la bouteille, dans une tasse ou un verre.
- Manger assez de nourriture pour assurer sa croissance.
- Avaler des liquides et des aliments de différentes textures et consistances sans étouffement important ou pneumonie d'aspiration.
- Porter des aliments à sa bouche avec ses doigts.
- Utiliser différents ustensiles (c'est la capacité de votre enfant à les utiliser qui sera prise en compte et non sa préférence de le faire ou non).
- Ouvrir des contenants, se prendre une collation ou participer à la préparation d'un repas simple (bol de céréales ou sandwich).
- Utiliser un grille-pain, un micro-ondes et d'autres outils de cuisine.

Votre enfant présente des difficultés concernant la nutrition.

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

7. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

7.2 Les soins personnels

- Acquérir la propreté pour les urines et les selles. Utiliser des toilettes.
- Assurer son hygiène personnelle (se laver les mains et le visage, prendre un bain ou une douche, se brosser les dents, prendre soin de ses cheveux, etc.).
- S'habiller et se déshabiller (haut et bas du corps).
- Utiliser de manière adéquate des serviettes hygiéniques ou autres produits d'hygiène menstruelle.
- Participer aux soins de santé et au suivi des consignes thérapeutiques qui le concernent.

Votre enfant présente des difficultés concernant les soins personnels.

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

7.3 Les déplacements

- L'ensemble des éléments liés au développement moteur global de votre enfant selon son âge est pris en considération, notamment :
 - soulever sa tête;
 - se retourner sur le dos quand il est sur le ventre et vice-versa;
 - prendre et maintenir la position assise;
 - ramper;
 - se relever à partir du sol ou d'une chaise;
 - se tenir debout;
 - passer d'une position donnée à une autre;
 - marcher;
 - utiliser des escaliers.

Votre enfant présente des difficultés concernant les déplacements.

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

7. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

7.3 Les déplacements (suite)

Votre enfant utilise des aides techniques pour les déplacements, le positionnement ou les transferts

(orthèses, prothèses, marchette, fauteuil roulant, planche à station debout, etc.).

☐ Oui ☐ Non

Types d'aides techniques : _____

Dans quelles situations et combien de fois par jour votre enfant utilise-t-il ses aides techniques?

7.4 La communication

- Voir et entendre.
- Être attentif aux messages verbaux.
- Comprendre et utiliser des gestes.
- Comprendre des pictogrammes (images) et les utiliser pour communiquer.
- Comprendre des consignes verbales (simples et complexes).
- S'exprimer de façon verbale avec des mots et des phrases.
- S'exprimer de façon à se faire comprendre par les autres.
- Parler dans le but de communiquer avec une autre personne (saluer, nommer, commenter, demander, protester, répondre, questionner, raconter, expliquer, argumenter, discuter, etc.).

Votre enfant présente des difficultés concernant la communication.

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

Plus d'une langue est utilisée à la maison.

☐ Oui ☐ Non

Listez les langues utilisées et indiquez approximativement le pourcentage d'exposition à chaque langue :

_____ (_____ %) _____ (_____ %) _____ (_____ %)

7. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

7.5 Les relations interpersonnelles

- Entrer en contact avec les autres.
- Partager ses intérêts avec les autres.
- Démontrer de l'intérêt envers les autres.
- Tenir compte des propos des autres.
- Maintenir des relations affectives avec sa famille (parents, frères et sœurs).
- Créer et maintenir des liens avec d'autres enfants.
- Participer à des activités de groupe et travailler en équipe.
- Entretenir des liens avec d'autres adultes que ses parents.
- Adapter son comportement dans ses relations avec les autres (respecter l'autorité, éviter les comportements agressifs et irrespectueux, etc.).
- Se conformer aux conventions sociales (saluer, avoir des propos adéquats, respecter les règles de vie selon différents contextes, respecter l'espace personnel des autres, etc.).

Votre enfant présente des difficultés concernant les relations interpersonnelles. ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

7.6 Les responsabilités

- Avoir la capacité de s'adapter à divers environnements.
- Mémoriser de l'information pour l'utiliser dans son quotidien (renseignements personnels de base, instructions simples, étapes des routines, trajet pour se déplacer entre des lieux connus, etc.).
- Comprendre et respecter des règles de vie, des règlements et des consignes de sécurité.
- Collaborer aux activités et aux tâches attendues de lui en fonction de son âge et de son milieu de vie.
- Développer son autonomie dans les routines, les tâches et les activités quotidiennes.
- Être en mesure de demander de l'aide lorsque c'est nécessaire.
- Maîtriser son comportement et ne pas mettre les autres ni soi-même en danger.
- Résoudre des problèmes du quotidien (réagir en situation imprévue, tenter des solutions face à une difficulté, etc.).
- Rester seul pendant de courtes périodes.
- Reconnaître la valeur de l'argent, faire de petits achats, etc.

Votre enfant présente des difficultés concernant les responsabilités. ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez dans l'espace libre ci-dessous les difficultés actuelles de votre enfant.

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

7. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

7.7 L'éducation

- Être en mesure d'interagir avec son environnement (exploration, utilisation appropriée de jouets et d'objets).
- Développer ses habiletés de jeu (jeux de blocs, casse-têtes, jouer à faire semblant, jeux de table, etc.).
- Développer des habiletés préscolaires (dessin, découpage, bricolage, connaissance des couleurs et des formes, etc.).
- Faire l'apprentissage de notions scolaires (lecture, écriture, calcul, etc.).

Votre enfant présente des difficultés concernant l'éducation.

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

☐ Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

☐ Voir demande SEH récente. **À cocher** si votre formulaire de demande SEH a été rempli dans les 12 derniers mois et que la situation de votre enfant n'a pas changé depuis. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

L'enfant fréquente

☐ CPE ☐ Garderie en milieu familial ☐ École

Depuis

année

mois

Fréquence (jours/semaine)

Nom de l'établissement actuellement fréquenté ou le plus récent à avoir été fréquenté

Téléphone de l'établissement
ind. rég.

Date de fin de fréquentation (si applicable)

année

mois

jour

Votre enfant est **scolarisé à domicile**.

☐ Oui ☐ Non

- **Si oui**, précisez pour quelle raison :

▪ **Si oui**, niveau des acquis scolaires de l'enfant : Lecture : _____ ☐ Je ne sais pas

Mathématiques : _____ ☐ Je ne sais pas

Si votre enfant est scolarisé à domicile, veuillez nous faire parvenir une copie de son portfolio en contexte d'enseignement à la maison ou un autre document qui atteste sa progression.

8. Évaluations et rendez-vous de suivi de votre enfant

Les renseignements contenus dans cette section nous permettent d'évaluer la condition de votre enfant. De plus, ils nous indiquent **où nous pouvons demander des copies des documents** nécessaires à l'étude de votre demande.

- ☐ **Voir demande SEH récente.** À cocher si vous avez rempli un formulaire de demande SEH dans les 12 derniers mois et que votre enfant n'a pas eu d'autres évaluations ou rendez-vous de suivi depuis. Dans ce cas, vous n'avez pas à remplir les **sections 8.1, 8.2 et 8.3**. Vous devez remplir ces sections seulement si vous avez de nouvelles informations à nous transmettre.

8.1 Évaluations et suivis effectués par des médecins

Remplissez le tableau au meilleur de vos connaissances. Au besoin, vous pouvez vous référer aux exemples contenus dans les listes ci-dessous.

Exemples de spécialités médicales			Fréquence des rendez-vous
■ Allergologie/Immunologie ■ Cardiologie ■ Chirurgie ■ Dermatologie ■ Endocrinologie ■ Gastroentérologie ■ Génétique ■ Hématologie/Oncologie	■ Maladie métabolique ■ Médecine familiale ■ Néonatalogie ■ Néphrologie ■ Neurochirurgie ■ Neurologie ■ Ophtalmologie ■ Oto-rhino-laryngologie (ORL)	■ Orthopédie ■ Pédiatrie ■ Pédopsychiatrie ■ Physiatrie ■ Pneumologie ■ Rhumatologie ■ Soins palliatifs ■ Urologie	■ Plus d'une fois par semaine ■ Chaque semaine ■ Toutes les 2 semaines ■ Chaque mois ■ Tous les 2 mois ■ Tous les 3 mois ■ Tous les 4 mois ■ Tous les 6 mois ■ Une fois par année ■ Moins d'une fois par année
Lieux des rendez-vous médicaux	Spécialité des médecins qui suivent votre enfant à cet endroit	Fréquence approximative des rendez-vous avec ces médecins dans la dernière année	
Si vous ignorez le nom des cliniques ou des établissements où votre enfant est suivi, inscrivez plutôt le nom complet de ses médecins dans la colonne ci-dessous.		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)	

8. Évaluations et rendez-vous de suivi de votre enfant (suite)

8.2 Autres évaluations et suivis effectués

Remplissez le tableau au meilleur de vos connaissances. Au besoin, vous pouvez vous référer aux exemples contenus dans les listes ci-dessous.

Exemples de professionnel[le]s de la santé			Fréquence des rendez-vous	
- Audiologiste - Diététicien[ne] / Nutritionniste - Éducateur[-trice] spécialisé[e]	- Ergothérapeute - Infirmier[-ière] - Optométriste - Orthophoniste	- Physiothérapeute - Psychoéducateur[-trice] - Psychologue / Neuropsychologue - Travailleur[-euse] social[e]	- Plus d'une fois par semaine - Chaque semaine - Toutes les 2 semaines - Chaque mois - Tous les 2 mois	- Tous les 3 mois - Tous les 4 mois - Tous les 6 mois - Une fois par année - Moins d'une fois par année
Lieux des rendez-vous Si vous ignorez le nom des cliniques ou des établissements où votre enfant est suivi, inscrivez plutôt le nom complet des professionnel[le]s et des intervenant[e]s rencontré[e]s dans la colonne ci-dessous.		Professionnel[le]s et intervenant[e]s qui suivent votre enfant à cet endroit	Fréquence approximative des rendez-vous avec ces professionnel[le]s et intervenant[e]s	
			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	
☐ Même endroit que ci-dessus			Fréquence : _____ ☐ Suivi cessé depuis le : _____ (Date de fin approximative)	

8.3 Évaluations à venir ou en attente

Est-ce que d'autres évaluations sont prévues pour votre enfant **avec de nouveaux médecins ou d'autres professionnel[le]s et intervenant[e]s qui n'ont encore jamais fait son évaluation?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, remplissez le tableau ci-dessous au meilleur de vos connaissances.

Nom de la clinique ou de l'établissement (si connu)	Type de médecin, professionnel[le], intervenant[e] ou équipe	Date approximative prévue pour le rendez-vous
		année _____ mois _____ ☐ En attente/ Je ne sais pas
		année _____ mois _____ ☐ En attente/ Je ne sais pas
		année _____ mois _____ ☐ En attente/ Je ne sais pas

9. Hospitalisations

☐ **Voir demande SEH récente.** À cocher si vous avez rempli un formulaire de demande SEH dans les 12 derniers mois et que votre enfant n'a pas eu de nouvelle hospitalisation depuis. Dans ce cas, vous n'avez pas à remplir la **section 9**. Vous devez remplir cette section seulement si vous avez de nouvelles informations à nous transmettre.

Votre enfant a été hospitalisé pendant plus de 48 heures consécutives au cours des 12 derniers mois. ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez fournir, au meilleur de vos connaissances, les renseignements demandés dans le tableau suivant :

Date de l'hospitalisation	Nom de l'établissement (ici ou à l'étranger)	Raison de l'hospitalisation	Durée approximative (en jours)
année mois jour			
année mois jour			
année mois jour			

10. Déclaration

En transmettant le présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont complets et qu'ils correspondent au profil actuel de mon enfant.

J'ai rempli ce formulaire le année mois jour à titre de :

☐ Mère ☐ Père ☐ Tutrice ou tuteur ☐ Autre. Précisez : _____

11. Consentement à transmettre des documents au centre local de services communautaires (CLSC)

Si votre demande de SEHNSE est acceptée et que vous souhaitez recevoir des soins et des services de soutien à domicile, Retraite Québec vous offre de transmettre des documents concernant la situation de votre enfant au CLSC de votre territoire dans le but d'évaluer son admissibilité au soutien à domicile.

Pour permettre au CLSC de commencer son évaluation, nous lui transmettrons les documents pertinents que nous détenons parmi les suivants :

- Formulaire *Demande de supplément pour enfant handicapé* ;
- Formulaire *Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels* ;
- Rapport d'évaluation professionnelle de Retraite Québec qui confirme l'admissibilité de votre enfant au SEHNSE ;
- Formulaire *Bilan d'autonomie fonctionnelle* ;
- Formulaire *Bilan éducationnel* ;
- Formulaire *Demande de révision – Supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels*.

☐ **Oui, je consens à ce que Retraite Québec transmette les documents nommés ci-dessus au CLSC de mon territoire pour que celui-ci commence l'évaluation de l'admissibilité de mon enfant au soutien à domicile.**

Votre consentement est valide à partir de la date où nous recevons votre demande de SEHNSE. À moins d'une révocation écrite de votre part, il reste valide jusqu'à l'envoi des documents au CLSC.

Pour plus d'information, nous vous invitons à contacter le CLSC de votre territoire le plus près de chez vous. Vous pouvez consulter le répertoire des ressources en santé et services sociaux du gouvernement du Québec au <https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/>.



Pour faciliter le traitement de votre demande

- Assurez-vous de remplir et de signer le formulaire de demande de SEHNSE et le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels*, et de nous les retourner dès que possible.
- Joignez à ce formulaire tous les documents médicaux et éducationnels pertinents que vous êtes en mesure de nous fournir.
- Inscrivez votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents.

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à : retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier.

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4

IMPORTANT : Le formulaire de consentement doit être rempli en totalité, signé et daté.

Ce formulaire a pour objectif de permettre à Retraite Québec d'obtenir directement auprès des personnes et des établissements mentionnés à la section 3 les documents ou renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de supplément pour enfant handicapé ou de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels. En donnant votre consentement à Retraite Québec, vous évitez de devoir rassembler ces documents et les transmettre vous-même à cet organisme. Au besoin, Retraite Québec pourrait tout de même demander votre collaboration, notamment si elle doit obtenir des renseignements supplémentaires.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Numéro d'assurance sociale de la personne qui reçoit l'Allocation famille

1. Renseignements sur l'identité de la personne qui a l'autorité parentale (mère, père, tutrice ou tuteur)

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille		Prénom	
	Date de naissance année mois jour		Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)	
Ville		Province		Code postal
Téléphone ind. rég.		Autre ind. rég.		Poste

2. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille		Prénom	
	Date de naissance année mois jour		Numéro d'assurance maladie	

3. Consentement et signature de la personne qui a l'autorité parentale

Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de supplément pour enfant handicapé ou de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, je consens à ce que les personnes et les établissements suivants communiquent à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels pertinents qu'ils détiennent au sujet de mon enfant :

- toute ou tout médecin, toute professionnelle ou tout professionnel de la santé;
- tout établissement de santé ou de services sociaux;
- tout établissement scolaire ou milieu de garde.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même si je décède, jusqu'à l'épuisement des recours des parties. Il vise les renseignements déjà présents dans le dossier de mon enfant et ceux qui s'y ajouteront d'ici la fin du processus décisionnel.

Signature _____ Date À quel titre avez-vous signé? ☐ Mère ☐ Père ☐ Tutrice ou tuteur**Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels**

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire de consentement sont nécessaires pour que ce dernier soit valide. Le fait de ne pas les fournir peut allonger le délai de traitement ou rendre le consentement invalide. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.