

**Formulaire de demande**

Services aux enfants handicapés

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

Ce formulaire doit être remplie afin de déterminer l'admissibilité aux Services aux enfants handicapés. Il peut être remplie 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.

Veuillez présenter cette demande de la manière suivante :

- remplir dûment formulaire;
- joindre les évaluations diagnostiques.

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

<b>A. Choix de programme et critères d'admissibilité</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Services aux enfants handicapés</b> <b>Critères d'admissibilité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être âgé de moins de 18 ans.</li> <li>• Être résident du Manitoba et vivre avec sa famille naturelle, élargie ou adoptive, ou son tuteur légal</li> <li>• Présenter au moins une des conditions suivantes : déficience intellectuelle; retard du développement; déficience physique permanente accompagnée d'importantes limitations fonctionnelles de la mobilité; trouble du spectre autistique; forte probabilité de retard du développement; besoins médicaux complexes, extrêmes et permanents associés à un ou plusieurs des critères énumérés précédemment.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>Service de développement de l'enfant</b> <b>Critères d'admissibilité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être admissible au Programme des services aux enfants handicapés.</li> <li>• Être un enfant âgé de 6 ans ou moins.</li> <li>• Habiter avec sa famille naturelle, élargie ou adoptive, ou son tuteur légal, ou être <i>confié aux Services à l'enfant et à la famille</i>.</li> </ul>

<b>B. Renseignements sur l'enfant</b>	
Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance : (jj-mmm-aaaa) :	Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Un autre genre
Adresse et code postal	
Participation antérieure au Programme des services aux enfants handicapés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Statut de Première Nation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

<b>C. Renseignements sur le parent ou le tuteur</b>			
<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 elle diffère de l'adresse de l'enfant)		Adresse et code postal : (si elle diffère de l'adresse 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

D. 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 responsable de cas ou du travailleur social :
Adresse du bureau :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :

E. Évaluation diagnostique faite par un professionnel
<p><i>Veillez cocher toutes les catégories appropriées :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Trouble du spectre autistique</p> <p><input type="checkbox"/> Retard du développement, quotient de développement (Q.D.) : _____ (soyez précis)</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle (Q.I.) : _____ (soyez précis)</p> <p><input type="checkbox"/> Déficience physique permanente accompagnée d'importantes limitations fonctionnelles de la mobilité</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic de syndrome de Down (trisomie 21); syndrome de Prader-Willi; syndrome de Rett; syndrome WAGR; syndrome d'Angelman; syndrome de Leigh; syndrome du cri du chat</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic de forte probabilité de retard du développement</p> <p><input type="checkbox"/> Besoins médicaux complexes, extrêmes et permanents (groupe A du Système commun d'orientation et de réception des demandes) <b>associés à un ou plusieurs des critères énumérés précédemment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rapport ou évaluation diagnostique annexé fait par un professionnel qualifié qui est en mesure de poser des diagnostics dans le cadre de sa pratique.</p> <p><b>Remarque :</b> Tous les détails de l'évaluation sont strictement confidentiels et demeurent dans le bureau des Services aux enfants handicapés.</p>

F. Accord du parent ou du tuteur
Est-ce que la famille ou le tuteur consent à la présente demande d'aiguillage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

G. Source de l'aiguillage :	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Organisme	<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 :

<b>Commentaires</b> (le cas échéant) :

### Information sur la collection des renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels

Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels qui sont fournis dans la présente demande sont recueillis 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 de vos renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère des Familles par téléphone au 204 945-2013 ou à l'adresse 114, rue Garry, bureau 205, Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4.

**Veillez envoyer par poste ou cette demande ainsi que l'évaluation diagnostique ou le rapport médical à**

## **BUREAU DE WINNIPEG**

### **SERVICE DE SOUTIEN À LA FAMILLE**

#### **Centre SSCY**

1155, avenue Notre Dame  
Winnipeg (Manitoba) R3E 3G1  
Téléphone : 204 945-8311 ou 204 945-0327  
Télécopieur : 204 948-4788

## **BUREAUX RÉGIONAUX**

### **RÉGION DE L'EST**

#### **Bureau régional**

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

#### **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 de zone**

323, rue Main, bureau 242  
Steinbach (Manitoba) R5G 1Z2  
Téléphone : 204 346-6390  
Télécopieur : 204 346-6394  
Sans frais : 1 888 682-9782

### **RÉGION DE L'OUEST**

#### **Bureau régional**

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

#### **Bureau régional**

27, 2<sup>e</sup> 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  
3<sup>e</sup> Rue et avenue Ross, C. P. 2550  
The Pas (Manitoba) R9A 1M4  
Téléphone : 204 627-8311  
Télécopieur : 204 627-5792  
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

#### **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<sup>re</sup> Rue Nord, C. P. 997  
Swan River (Manitoba) R0L 1Z0  
Téléphone : 204 734-3491  
Télécopieur : 204 734-5615  
Sans frais : 1 866 269-6498