

# Demande de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels

## Allocation famille

Le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels est versé aux parents d'un enfant de moins de 18 ans qui présente des incapacités très importantes et multiples l'empêchant de réaliser ses habitudes de vie (**situation A**), ou dont l'état de santé nécessite des soins médicaux complexes à domicile (**situation B**). Un enfant peut être admissible au supplément si son état correspond à l'une **ou** l'autre de ces situations.

De plus, selon la gravité de sa condition et son âge, un enfant peut être admissible au palier 1 ou au palier 2 du supplément, le palier 1 accordant un montant plus élevé que le palier 2.

### Conditions préalables

Pour recevoir le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, un parent doit recevoir pour cet enfant :

- l'Allocation famille;
- ET**
- le supplément pour enfant handicapé.

Si ce n'est pas votre cas, vous devez remplir une demande d'Allocation famille et de supplément pour enfant handicapé. Vous trouverez les formulaires de demande sur notre site Web.

Si vous recevez uniquement l'Allocation famille, vous pouvez nous transmettre en même temps vos demandes pour les deux programmes de supplément pour enfant handicapé.

### Situation A

#### Enfant présentant de graves et multiples incapacités

Vous pourriez avoir droit au supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels si :

- vous êtes admissible à l'Allocation famille et au supplément pour enfant handicapé;
- vous avez à votre charge un enfant de moins de 18 ans ayant des **déficiences physiques** ou un **trouble des fonctions mentales** qui entraînent de **graves et multiples incapacités** l'empêchant de réaliser de manière autonome les **habitudes de vie** d'un enfant de son âge;
- la durée prévisible des incapacités est d'**au moins un an**.

#### Habitudes de vie

Les habitudes de vie considérées dans l'analyse des demandes sont celles que l'enfant devrait réaliser, **selon son âge**, pour prendre soin de lui et participer à la vie sociale. Ces habitudes de vie sont les suivantes :

<b>Nutrition</b>	Prise des repas, utilisation des accessoires pour boire et manger.
<b>Soins personnels</b>	Hygiène corporelle, hygiène excrétrice, habillage, prise de médicaments.
<b>Déplacements</b>	Déplacements sur de courtes ou de longues distances, à l'intérieur et à l'extérieur, utilisation d'aides techniques pour les réaliser.
<b>Communication</b>	Échange d'information avec l'entourage au moyen de la parole et du langage, incluant la compréhension, l'expression des besoins, la conversation, l'audition et la vision.
<b>Relations interpersonnelles</b>	Relations avec l'entourage, capacité à créer des liens.
<b>Responsabilités</b>	Prise de responsabilités selon l'âge, respect des consignes de sécurité, comportements logiques et sensés, résolution de problèmes de la vie courante, respect des règles de vie.
<b>Éducation</b>	Développement intellectuel, apprentissages préscolaires et scolaires.

## Situation A (suite)

### Sévérité des limitations

L'analyse de l'admissibilité n'est pas basée uniquement sur le diagnostic, mais aussi sur la sévérité des limitations de votre enfant à réaliser ses habitudes de vie. Deux enfants ayant le même diagnostic pourraient donc recevoir une réponse différente.

<b>Limitation absolue</b>	L'enfant est <b>absolument incapable</b> de réaliser une habitude de vie, ou éprouve <b>toujours une difficulté extrêmement importante</b> à réaliser une habitude de vie de manière autonome selon son âge, et ce, malgré la présence de facteurs environnementaux facilitateurs, tels que les aides techniques. La réalisation de chacun des éléments de l'habitude de vie dépend <b>entièrement de l'aide humaine d'une autre personne</b> .
<b>Limitation grave</b>	L'enfant éprouve toujours ou presque <b>toujours une difficulté importante</b> à réaliser une habitude de vie de manière autonome selon son âge, et ce, malgré la présence de facteurs environnementaux facilitateurs, tels que les aides techniques. Sans aide humaine, l'habitude de vie est réalisée de manière <b>incomplète et/ou inadéquate</b> .

### Critères d'admissibilité

Enfant de 2 ans ou plus, mais de moins de 4 ans	
Palier 1	Palier 2
L'enfant présente <b>trois</b> habitudes de vie limitées de façon <b>absolue</b> , soit les suivantes: <ul style="list-style-type: none"><li>• nutrition;</li><li>• déplacements;</li><li>• communication.</li></ul>	L'enfant présente <b>une</b> habitude de vie limitée de façon <b>absolue</b> et <b>une</b> autre habitude de vie limitée de façon <b>grave ou absolue</b> , parmi les suivantes: <ul style="list-style-type: none"><li>• nutrition;</li><li>• déplacements;</li><li>• communication.</li></ul>

Enfant de 4 ans ou plus, mais de moins de 18 ans	
Palier 1	Palier 2
L'enfant présente: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>quatre</b> habitudes de vie limitées de façon <b>absolue</b> et <b>une</b> autre habitude de vie limitée de façon <b>grave ou absolue</b>;</li><li><b>OU</b></li><li>• <b>trois</b> habitudes de vie, dont les <b>déplacements</b>, limitées de façon <b>absolue</b> et <b>deux</b> autres habitudes de vie limitées de façon <b>grave ou absolue</b>.</li></ul>	L'enfant présente: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>deux</b> habitudes de vie limitées de façon <b>absolue</b> et <b>une</b> autre habitude de vie limitée de façon <b>grave ou absolue</b>;</li><li><b>OU</b></li><li>• <b>une</b> limitation <b>absolue aux déplacements</b> et <b>une</b> autre habitude de vie limitée de façon <b>grave ou absolue</b>.</li></ul>

## Situation B

### Enfant nécessitant des soins médicaux complexes à domicile

Vous pourriez avoir droit au supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels si :

- vous êtes admissible à l'Allocation famille et au supplément pour enfant handicapé;
- l'état de santé de votre enfant de moins de 18 ans nécessite que vous lui administriez des soins médicaux complexes à domicile;
- vous avez préalablement reçu une formation dans un centre spécialisé vous permettant de maîtriser les techniques spécifiques à l'utilisation de l'équipement requis;
- vous êtes en mesure de répondre à tout changement de l'état clinique de votre enfant qui peut représenter une menace pour sa vie;
- la durée prévisible des soins est d'**au moins un an**.

## Situation B (suite)

### Critères d'admissibilité

Enfant de moins de 18 ans	
Palier 1	Palier 2
<p>L'enfant recevant <b>un de ces soins</b> est admissible sans égard à son âge et à ses limitations dans la réalisation de ses habitudes de vie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Soins respiratoires:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– trachéostomie avec ventilation mécanique;</li><li>– pour les moins de 6 ans :<ul style="list-style-type: none"><li>▫ trachéostomie sans ventilation mécanique;</li><li>▫ ventilation mécanique non invasive en pression positive biphasique (BPAP) quotidienne.</li></ul></li></ul></li><li>• <b>Soins nutritionnels:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– nutrition parentérale (hyperalimentation intraveineuse).</li></ul></li><li>• <b>Soins cardiaques:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– inotropes par voie intraveineuse;</li><li>– dispositif d'assistance ventriculaire (pompe cardiaque artificielle).</li></ul></li><li>• <b>Soins rénaux:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– dialyse péritonéale.</li></ul></li></ul>	<p>L'enfant recevant <b>un de ces soins</b> est admissible sans égard à son âge et à ses limitations dans la réalisation de ses habitudes de vie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Soins respiratoires:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– trachéostomie sans ventilation mécanique pour l'enfant de 6 ans ou plus;</li><li>– oxygénothérapie ou ventilation mécanique (exemples: CPAP, BPAP, systèmes d'oxygénothérapie à haut débit) quotidienne, 24 heures par jour;</li></ul></li><li>• <b>Soins nutritionnels:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– nutrition par tube gastro-jéjunal ou jéjunal.</li></ul></li><li>• <b>Autres soins:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– soins journaliers de la peau pour conditions dermatologiques extrêmes et étendues, à haut risque de plaies de pression, de synéchies ou de rétractions.</li></ul></li></ul>
<p>Si l'enfant est âgé de <b>6 ans ou plus</b>, pour être admissible, il doit présenter une habitude de vie limitée de façon absolue ou deux habitudes de vie limitées de façon grave, à l'exclusion des relations interpersonnelles, s'il reçoit l'un des soins suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Soins respiratoires:</b><ul style="list-style-type: none"><li>– trachéostomie sans ventilation mécanique;</li><li>– ventilation mécanique non invasive en pression positive biphasique (BPAP) quotidienne.</li></ul></li></ul>	

### Comment faire votre demande

Remplissez ce formulaire de demande **ainsi que** le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels*. N'oubliez pas de signer le consentement et de joindre tous les documents demandés dans la section « Important » présentée à la fin du formulaire.

L'évaluation de l'admissibilité de votre enfant est effectuée par une équipe de médecins et de professionnels de la santé de Retraite Québec.

### Le supplément peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, vous pourriez recevoir un versement rétroactif pour une période maximale de 11 mois précédant la date de réception de votre demande si la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité pendant cette période.

## 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. Ces renseignements peuvent aussi servir aux fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. 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 de renseignements

### Par Internet

# Mon dossier

Accédez à votre dossier  
en tout temps

[www.retraitequebec.gouv.qc.ca](http://www.retraitequebec.gouv.qc.ca)

### 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 ce programme, vous pouvez consulter la brochure *Votre enfant est handicapé ou gravement malade* disponible sur notre site Web.

Veillez écrire en lettres détachées.

**1. Renseignements sur votre identité (parent qui reçoit l'Allocation famille)**

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille	Prénom	Date de naissance année    mois    jour		
Numéro d'assurance sociale		Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)				
Adresse (numéro, rue, appartement)						
Ville			Province		Code postal	
Téléphone						
Au domicile <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>		Poste		

**2. Renseignements sur l'identité de votre enfant**

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nom de famille	Prénom	Date de naissance année    mois    jour		
<p><b>2.1</b> Est-ce que votre enfant est actuellement hébergé ou placé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>2.2</b> Est-ce que votre enfant a été hébergé ou placé au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Si oui</b>, précisez les périodes: _____</p> <p><b>2.3</b> Est-ce que votre enfant reçoit ou pourrait recevoir des indemnités d'aide personnelle à domicile de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> <li>• la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</li> </ul>						

**3. Renseignements sur le service de garde ou l'école que fréquente votre enfant**

L'enfant fréquente <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie en milieu familial <input type="checkbox"/> École			Depuis année    mois	Fréquence (jours/semaine)
Nom de l'établissement				Téléphone de l'établissement <small>ind. rég.</small>
Nom de l'éducateur en garderie / enseignant				

**4. Diagnostics**

Inscrivez le ou les diagnostics de votre enfant.

---



---



---



---



---



---



---



---

## 5. Soins médicaux complexes à domicile

Ne s'applique pas

À remplir si la condition de votre enfant nécessite l'administration de l'un des soins médicaux complexes à domicile énumérés ci-dessous.

Oui	Non		Date de début à domicile	Date de fin prévue
		<b>Soins respiratoires :</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique en pression positive biphasique (BPAP) quotidienne	année    mois	année    mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie <b>sans</b> ventilation mécanique _____	année    mois	année    mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie <b>avec</b> ventilation mécanique _____	année    mois	année    mois
		Type d'appareil : _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie ou ventilation mécanique quotidienne, 24 heures par jour _____	année    mois	année    mois
		Type d'appareil : _____		
		<b>Soins rénaux :</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse péritonéale _____	année    mois	année    mois
		<b>Soins nutritionnels* :</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperalimentation intraveineuse _____	année    mois	année    mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrition par tube gastro-jéjunal ou jéjunal _____	année    mois	année    mois
		* Veuillez noter que les soins reliés à la gastrostomie ne constituent pas des soins médicaux correspondant aux critères d'admissibilité.		
		<b>Soins cardiaques :</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administration d'inotropes par voie intraveineuse _____	année    mois	année    mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositif d'assistance ventriculaire (pompe cardiaque artificielle) _____	année    mois	année    mois
		<b>Autres soins :</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins journaliers de la peau pour conditions dermatologiques extrêmes et étendues, à haut risque de plaies de pression, de synéchies ou de rétractions _____	année    mois	année    mois

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

Décrivez-nous les difficultés empêchant votre enfant de réaliser de manière autonome les habitudes de vie suivantes :

- **La nutrition** (Habitudes liées à la consommation de nourriture, y compris l'utilisation des accessoires pour boire et manger.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---







## 7. Évaluations et suivis pour votre enfant

### 7.1 Suivi par des médecins

Veillez fournir dans le tableau ci-dessous les informations sur la ou le ou les médecins que vous consultez actuellement pour votre enfant.

Nom du médecin	Sa spécialité	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Fréquence actuelle	Date du dernier rendez-vous	
				année	mois

### 7.2 Suivis par des professionnels de la santé et des intervenants

Veillez fournir l'information demandée dans le tableau ci-dessous si votre enfant **a consulté** un professionnel de la santé ou un intervenant pour chacun des domaines d'expertise présentés. Inscrivez les renseignements sur le suivi réalisé ou cochez la case de la dernière colonne du tableau si votre enfant n'a pas été évalué dans les domaines d'expertise précisés. Si votre enfant a été évalué dans un autre domaine d'expertise que ceux mentionnés, veuillez l'indiquer à la fin du tableau.

**Si vous avez des copies des rapports d'évaluation de votre enfant, veuillez les joindre à votre demande.**

Domaine d'expertise	Nom du professionnel ou de l'intervenant	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Fréquence du suivi actuel, s'il y a lieu	Date de la dernière évaluation	L'enfant n'a jamais été évalué dans ce domaine.
Ergothérapie				année      mois	<input type="checkbox"/>
Orthophonie					<input type="checkbox"/>
Physiothérapie					<input type="checkbox"/>
Psychologie (évaluation intellectuelle et des comportements adaptatifs)					<input type="checkbox"/>
Travail social					<input type="checkbox"/>
Éducation spécialisée (centre de réadaptation, CISSS)					<input type="checkbox"/>
Autres (veuillez indiquer le domaine d'expertise):					

## 7. Évaluations et suivis pour votre enfant (suite)

### 7.3 Suivis médicaux et professionnels à venir

Est-ce que votre enfant aura d'autres évaluations?  Oui  Non  Je ne sais pas.

**Si oui**, précisez les informations sur les évaluations à venir dans ce tableau.

Nom du médecin, du professionnel ou de l'intervenant	Sa spécialité	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Date prévue du rendez-vous	
			année	mois

## 8. Hospitalisation

Ne s'applique pas

Veuillez inscrire les renseignements concernant les hospitalisations de votre enfant au cours des deux dernières années, s'il y a lieu.

Date	Nom et adresse de l'établissement ou de la clinique	Raison	Durée
année			jours





Veuillez écrire en lettres détachées.

**1. Renseignements sur votre identité (parent qui reçoit l'Allocation famille)**

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance année    mois    jour
	Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom)		Numéro d'assurance maladie

**3. Consentement et signature du parent**

Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de la demande de supplément pour enfant handicapé ou de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, je consens à ce que tout médecin, professionnel de la santé, établissement de santé ou de services sociaux, ou établissement scolaire transmette à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels pertinents qu'il détient au sujet de mon enfant.

**À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision définitive de Retraite Québec.** Il vise les renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels mentionnés au dossier de mon enfant de même que ceux qui seront obtenus avant la décision définitive.

Signature \_\_\_\_\_ Date 

année	mois	jour
-------	------	------

À quel titre avez-vous signé?  Mère  Père  Tuteur  Autre. Précisez: \_\_\_\_\_

**À l'usage du destinataire:**

- Nous détenons l'original du consentement. La copie certifiée a la même valeur que l'original, conformément à l'article 32 de la Loi sur Retraite Québec.
- Nous détenons la copie électronique du consentement. Conformément à la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, cette copie a la même valeur juridique que l'original et respecte le choix de la cliente ou du client.