



PROGRAMME DE BOURSES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES TNO

Formulaire d'évaluation de l'incapacité

Le Programme de bourses du système de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest est destiné aux étudiants autochtones et aux étudiants ténos qui poursuivent des études dans le domaine de la santé et des services sociaux, comme les services paramédicaux et infirmiers, les services de sages-femmes, les services sociaux et les professions médicales.

Une déclaration d'invalidité peut influencer sur deux aspects de votre demande : le pourcentage de la charge de cours requis pour être considéré comme un étudiant à temps plein et votre statut prioritaire.

- Les demandeurs présentant une incapacité permanente sont considérés comme étudiants à temps plein s'ils suivent au moins 40 % des cours d'un programme d'études complet. Les demandeurs présentant une incapacité qui n'est pas permanente sont considérés comme des étudiants à temps plein s'ils suivent au moins 60 % des cours d'un programme d'études complet.
- Si le nombre de demandes reçues est élevé, elles seront classées par ordre de priorité selon le Programme de promotion sociale du GTNO, et les résidents handicapés sont considérés comme prioritaires.

Aux fins du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux des TNO, une « incapacité permanente » est caractérisée par une limitation fonctionnelle causée par une déficience physique ou mentale restreignant la capacité d'une personne à exercer les activités quotidiennes nécessaires à la poursuite d'études postsecondaires et dont la durée prévue correspond à la vie de cette personne.

Directives à l'intention du demandeur

1. Si vous présentez une demande de bourse et que vous souhaitez bénéficier d'un traitement prioritaire et de modalités adaptées, ce formulaire doit être rempli par un professionnel de la santé, conformément aux lignes directrices du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux.
2. Veuillez remplir la section 1 avant de remettre le présent formulaire à un professionnel de la santé pour qu'il remplisse la section 2.
3. Le professionnel de la santé doit vous retourner le formulaire une fois rempli.
4. Il vous incombe de régler les honoraires exigés par le professionnel de la santé dans le cadre de cette évaluation; ils ne seront pas remboursés par l'Administration des services de santé et des services sociaux des TNO.

Directives à l'intention du professionnel de la santé

1. Veuillez remplir la section 2 du présent formulaire.
2. Une fois rempli, veuillez retourner le présent formulaire à l'étudiant qui vous l'a remis ou l'envoyer à l'adresse indiquée ci-dessous.
3. Il incombe à l'étudiant de régler les frais liés à cette évaluation; ils ne seront pas remboursés par l'Administration des services de santé et des services sociaux des TNO.

Coordonnées :

Programme de bourses du système de santé et des services sociaux des TNO
Développement des talents et de l'organisation
Administration des services de santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest



Les renseignements recueillis dans ce formulaire serviront à appuyer votre demande dans le cadre du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée des TNO et la Loi sur les renseignements personnels sur la santé. Pour toute question à ce sujet, communiquez avec le gestionnaire du recrutement de professionnels au 867-767-9105, poste 40183.

1. Renseignements sur le demandeur

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse postale :			
Collectivité :	Province ou territoire :	Code postal :	
N° de tél. ou de cell. :	Courriel :		
<p>Je consens à la collecte de mes renseignements personnels, y compris de ceux sur ma santé, aux fins de ma demande de bourse. Je consens également à ce que le professionnel de la santé qui remplit ce formulaire divulgue ces renseignements aux responsables du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux des TNO, de la Division du développement des talents et de l'organisation et de l'Administration des services de santé et des services sociaux des TNO. Je comprends que ces renseignements seront utilisés pour déterminer le nombre de cours que je devrai suivre pour être considéré comme un étudiant à temps plein et pour vérifier le statut prioritaire de ma demande de bourse.</p>			
Signature du demandeur :			
Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie) :		Date :	

2. À remplir par un professionnel de la santé

Adresse postale :			
Collectivité :	Province ou territoire :	Code postal :	
N° de tél. ou de cell.:	Courriel :		
L'incapacité du demandeur restreint-elle sa capacité à exercer les activités quotidiennes nécessaires pour poursuivre des études postsecondaires à temps plein?		Oui	
		Non	
Date du diagnostic :	Incapacité :	Permanente	Si elle est temporaire, la date de réévaluation est le :
		Temporaire	





PracticeNWT

Je certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Signature du professionnel de la santé :

Titre :

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) :

Date :



Les renseignements recueillis dans ce formulaire serviront à appuyer votre demande dans le cadre du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée des TNO et la Loi sur les renseignements personnels sur la santé. Pour toute question à ce sujet, communiquez avec le gestionnaire du recrutement de professionnels au 867-767-9105, poste 40183.