



NWT STUDENT FINANCIAL ASSISTANCE FORM G – DISABILITY ASSESSMENT FORM

All sections are mandatory. Place a dash or line through boxes that do not apply to you.

This form is to be completed by a qualified practitioner (i.e. medical doctor) for the purpose of determining eligibility for the NWT Study Grant(s) for Students with Disabilities.

To qualify a student must meet the definition of disability as provided in the definitions below:

“permanent disability” means an impairment, including a physical, mental, intellectual, cognitive, learning, communication, or sensory impairment – or a functional limitation that restricts the ability of a person to perform the daily activities necessary to participate in studies at a post-secondary level and that is expected to remain with the person for the person’s life

“persistent or prolonged disability” means an impairment, including a physical, mental, intellectual, cognitive, learning, communication, or sensory impairment – or a functional limitation that restricts the ability of a person to perform the daily activities necessary to participate in studies at a post-secondary level and is expected to last for a period of at least 12 months.

AIDE FINANCIÈRE AUX ÉTUDIANTS DES TNO FORMULAIRE G – ÉVALUATION DE L’INCAPACITÉ

Vous devez obligatoirement remplir toutes les sections. Rayez les cases qui ne s’appliquent pas à vous.

Le présent formulaire, qui permet de déterminer l’admissibilité aux subventions d’études pour les étudiants handicapés des TNO, doit être rempli par un praticien qualifié (p. ex. un médecin).

Pour que l’étudiant soit admissible à la subvention, sa situation de handicap doit correspondre aux définitions suivantes :

Incapacité permanente : Une déficience, y compris les déficiences physique, mentale, intellectuelle, cognitive, sensorielle, d’apprentissage ou de communication, ou une limitation fonctionnelle causée par un état d’incapacité physique ou mentale qui réduit la capacité d’une personne d’exercer les activités quotidiennes nécessaires à la poursuite d’études de niveau postsecondaire et dont la durée prévue correspond à la durée de vie de cette personne.

Incapacité persistante ou prolongée : Une déficience, y compris les déficiences physique, mentale, intellectuelle, cognitive, sensorielle, d’apprentissage ou de communication, ou une limitation fonctionnelle causée par un état d’incapacité physique ou mentale qui réduit la capacité d’une personne d’exercer les activités quotidiennes nécessaires à la poursuite d’études de niveau postsecondaire et dont la durée est d’au moins douze mois.

Student Instructions / Directives à l’intention de l’étudiant

1. If you are requesting the Study Grant(s) for Students with Disabilities, this form is to be completed by a certifying medical professional.
2. Complete Section 1 then forward the form to your certifying medical professional for completion of Section 2.
3. Upon completing this form, the certifying medical professional should return the form to you to submit in person or they can submit through the sft.gov.nt.ca on your behalf.
4. Any fees charged by your certifying medical professional in completing this form are your responsibility and will not be reimbursed by the Department of Education, Culture and Employment.

1. Si vous demandez une subvention d’études pour étudiants handicapés, vous devez faire remplir le présent formulaire par un professionnel de la santé agréé.
2. Remplissez la première partie et remettez le formulaire à un professionnel de la santé pour qu’il remplisse la deuxième partie.
3. Le professionnel de la santé assurant l’attestation devrait vous remettre le formulaire une fois rempli pour que vous puissiez le soumettre en personne; il peut également le soumettre à l’aide du site de sft.gov.nt.ca.
4. Il vous incombe de régler les honoraires exigés par le professionnel de la santé pour remplir le présent formulaire. Le ministère de l’Éducation, de la Culture et de la Formation ne vous remboursera pas.

Certifying Medical Professional Instructions / Directives à l'intention du professionnel de la santé

1. Upon completion of this form, please return it to the student or address below. You can submit on behalf of the student through the sft.gov.nt.ca.
2. Any fees charged for the completion of this form are the responsibility of the student and will not be reimbursed by the Department of Education, Culture and Employment.
3. The Study Grant(s) for Students with Disabilities helps with the education-related costs for a disability that limits a student from fully participating in post-secondary studies. This Grant may be used to cover exceptional educational expenses such as the cost of a tutor, an interpreter (oral or sign), note-taker, attendant care or special equipment.

1. Veuillez retourner le présent formulaire à l'étudiant qui vous l'a remis après l'avoir rempli. Vous pouvez également l'envoyer au nom de l'étudiant à l'aide du site de sft.gov.nt.ca.
2. Il incombe à l'étudiant de régler les frais exigés pour remplir ce formulaire, que ne remboursera pas le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation.
3. La subvention d'études pour les étudiants handicapés aide à couvrir les coûts liés à une incapacité qui empêche un étudiant de participer pleinement à des études postsecondaires. Cette subvention peut servir à couvrir des dépenses exceptionnelles liées aux études, comme les honoraires d'un tuteur, d'un interprète (oral ou langage des signes), d'un preneur de notes ou d'un préposé aux soins, ou encore l'acquisition d'équipement spécial.

All personal information on this form is collected under the authority of the *Access to Information and Protection of Privacy Act* sections 40(c)(i), 41(1)(a), 41(1)(g) and the *Student Financial Assistance Act and Regulations* and will be used for the purposes of determining your eligibility for student financial assistance. You have a right to request access to your own personal information and to request correction if it is not accurate and to request a review by the Information and Privacy Commissioner.

If you have any questions about the collection of this information, you may contact:

Student Case Officer

Department of Education, Culture and Employment
Government of Northwest Territories

Box 1320, Yellowknife, NT X1A 2L9

Phone: 1-867-767-9355 | 1-800-661-0793

Fax: 1-867-873-0336

Email: nwtsfa@gov.nt.ca

Please return form via sft.gov.nt.ca.

Tous les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément au sous-alinéa 40c)(i) et aux alinéas 41(1)a) et g) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, et à la *Loi sur l'aide financière aux étudiants* et au règlement y afférent, et ne seront utilisés que pour déterminer votre admissibilité à l'aide financière aux étudiants. Vous avez le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels, d'exiger qu'ils soient corrigés s'ils ne sont pas exacts, et de demander un examen au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

Pour toute question sur la collecte des renseignements personnels, communiquez avec :

Agent chargé des dossiers des étudiants

Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

Tél. : 1-867-767-9355 | 1-800-661-0793

Téléc. : 1-867-873-0336

Courriel : nwtsfa@gov.nt.ca

Veuillez utiliser le service de sft.gov.nt.ca.

1. Student Information / Renseignements sur l'étudiant

Last Name: Nom de famille :		First Name: Prénom :	
Date of Birth (yyyy/mm/dd): Date de naissance (aaaa-mm-jj) :		Mailing Address: Adresse postale actuelle :	
City or Town: Collectivité :	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :	
Telephone: Téléphone :		Email Address: Courriel :	
☐ I consent to the release of information from the certifying medical professional to the Student Financial Assistance Program, Income Security Programs Division, Department of Education, Culture and Employment. I understand that this information will be used to determine my eligibility in accordance with the <i>Student Financial Assistance Regulations</i> .		☐ Je consens à la divulgation des renseignements fournis par le professionnel de la santé au personnel du Programme d'aide financière aux étudiants, à la Division des programmes de la sécurité du revenu, et au ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation. Je comprends que ces renseignements pourront servir à déterminer mon admissibilité conformément au <i>Règlement sur l'aide financière aux étudiants</i> .	
			
Student Signature / Signature de l'élève		Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa-mm-jj)	

2. To be Completed Fully by Certifying Medical Professional / À faire remplir entièrement par le professionnel de la santé

Name of Certifying Medical Professional: Nom du professionnel de la santé :		Title: Titre :												
Mailing Address of Certifying Medical Professional: Adresse postale du professionnel de la santé :														
City or Town: Collectivité :	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :												
Telephone: Téléphone :		Fax Number: Télécopieur :												
Name of Student: Nom de l'étudiant :		Student Date of Birth (yyyy/mm/dd): Date de naissance de l'étudiant (aaaa-mm-jj) :												
1	What type of disability does the student have? Quel type d'incapacité la personne présente-t-elle? <table border="0"><tr><td>☐ Mobility Mobilité</td><td>☐ Hearing Ouïe</td><td>☐ Visual Vue</td><td>☐ Speech Langage</td><td>☐ Acquired Brain Injury Lésion cérébrale acquise</td><td>☐ ADD/ADHD TDA ou TDAH</td></tr><tr><td colspan="3">☐ Pervasive Development Disorder (i.e, autism, neurological) Trouble envahissant du développement (p. ex. un trouble autistique ou neurologique)</td><td colspan="3">☐ Psychiatric or Psychological Learning (please provide further explanation under item 6) Trouble d'apprentissage psychiatrique ou psychologique (veuillez fournir des explications supplémentaires à la partie 6)</td></tr></table>		☐ Mobility Mobilité	☐ Hearing Ouïe	☐ Visual Vue	☐ Speech Langage	☐ Acquired Brain Injury Lésion cérébrale acquise	☐ ADD/ADHD TDA ou TDAH	☐ Pervasive Development Disorder (i.e, autism, neurological) Trouble envahissant du développement (p. ex. un trouble autistique ou neurologique)			☐ Psychiatric or Psychological Learning (please provide further explanation under item 6) Trouble d'apprentissage psychiatrique ou psychologique (veuillez fournir des explications supplémentaires à la partie 6)		
☐ Mobility Mobilité	☐ Hearing Ouïe	☐ Visual Vue	☐ Speech Langage	☐ Acquired Brain Injury Lésion cérébrale acquise	☐ ADD/ADHD TDA ou TDAH									
☐ Pervasive Development Disorder (i.e, autism, neurological) Trouble envahissant du développement (p. ex. un trouble autistique ou neurologique)			☐ Psychiatric or Psychological Learning (please provide further explanation under item 6) Trouble d'apprentissage psychiatrique ou psychologique (veuillez fournir des explications supplémentaires à la partie 6)											
2	Date of Diagnosis? (yyyy/mm/dd): Date du diagnostic : (aaaa-mm-jj) :													
3	The Disability is: ☐ Permanent L'incapacité est : ☐ Permanente ☐ Persistent/Prolonged Persistante ou prolongée ☐ Temporary Temporaire													
4	Does the disability result in a functional limitation that restricts the ability of a student to perform daily activities necessary to participate fully in studies at a post-secondary level? L'incapacité entraîne-t-elle une limitation fonctionnelle qui restreint la capacité de la personne d'exercer les activités quotidiennes nécessaires à la poursuite d'études postsecondaires à temps plein? ☐ Yes Oui ☐ No Non													
5	Identify all of the student's disability related education barriers and how it prevents them from participating in post-secondary studies, including the duration and effects of the limitations. Veuillez dresser la liste de tous les obstacles aux études attribuables à l'incapacité de l'étudiant en précisant la manière dont ils l'empêchent de poursuivre des études postsecondaires à temps plein, y compris la durée et les effets des limitations.													
☐ I certify that the information provided on this form is, to the best of my knowledge, correct and complete. J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets.														
X Signature of Certifying Medical Professional / Signature du professionnel de la santé		Date (yyyy/mm/dd) / Date (aaaa-mm-jj)												