



Programmes de la sécurité du revenu

**FORMULAIRE D – ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ**

An English version of this document is available.

**AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**  
Prière d'envoyer le formulaire, dûment rempli, par transfert de fichiers sécurisé (<https://sft.gov.nt.ca/>)  
au centre de services régional du MECF concerné.

**Beaufort-Delta :**

Sans frais : 1-855-283-9311

Courriel : BD\_ECE\_FormD@gov.nt.ca

**Dehcho :**

Sans frais : 1-833-995-7338

Courriel : DC\_ECE\_FormD@gov.nt.ca

**Sahtú :**

Sans frais : 1-866-814-9840

Courriel : ST\_ECE\_FormD@gov.nt.ca

**Slave Nord :**

Sans frais : 1-866-768-8145

Courriel : NS\_ECE\_FormD@gov.nt.ca

**Slave Sud :**

Sans frais : 1-833-926-2110

Courriel : SS\_ECE\_FormD@gov.nt.ca

Dans le cadre du Programme d'aide au revenu pour les personnes âgées et les personnes handicapées, on considère qu'une personne est handicapée si elle présente, de l'avis médical d'un médecin ou d'un infirmier praticien, une déficience physique, mentale, intellectuelle, cognitive ou sensorielle, ou des troubles d'apprentissage ou de communication qui affectent considérablement sa capacité à vaquer à ses occupations quotidiennes et à répondre à ses besoins financiers de base. Selon le cas, il peut s'agir d'une déficience :

- a) permanente;
- b) persistante ou prolongée qui, selon toute vraisemblance, subsistera en continu, pendant plus de 12 mois.

Les occupations quotidiennes font notamment référence à la capacité de la personne à :

- garder un emploi;
- gérer ses finances (paiement des factures, du loyer, etc.);
- participer aux activités communautaires;
- se déplacer sans aide (sans un aidant naturel ou un proche).

**Définitions**

**Déficience :** Problème touchant les fonctions organiques ou la structure corporelle, par exemple anomalie ou perte significative.

**En continu :** Événement récurrent qui devrait persister pendant des mois au cours des 12 prochains mois et qui n'est pas de nature épisodique.

**Épisodique :** Problème de santé ou maladie qui persiste ou qui est chronique, qui s'accompagne de périodes imprévisibles de maladie ou d'incapacité, périodes qui varient en intensité et en durée et qui sont souvent suivies de périodes de bien-être.

**Remarque :** Le formulaire d'évaluation de l'incapacité doit être rempli par un médecin, un infirmier praticien ou un infirmier autorisé.

Les présents renseignements sont recueillis en vertu de l'alinéa 41(1)g) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP), de la *Loi sur l'assistance sociale* des Territoires du Nord-Ouest et du *Règlement sur l'assistance au revenu pour les personnes âgées et les personnes handicapées*. Les dispositions relatives à la protection de la vie privée de la LAIPVP visent à protéger les renseignements personnels, et tous les demandeurs ont le droit d'examiner leur dossier et de demander qu'on y apporte des corrections, ainsi que de demander au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'examiner. Si vous avez des questions sur la collecte de renseignements, communiquez avec le spécialiste des programmes de la sécurité du revenu du ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation, par la poste à l'adresse C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9, ou par téléphone, au 1-866-973-7252 ou au 867-767-9355.

## SECTION 1 : À remplir par le demandeur

### Renseignements sur le demandeur

Nom de famille :	Prénom :
Téléphone :	Date de naissance (aaaa-mm-jj) :
Adresse postale actuelle :	
Collectivité : _____, NT	Code postal :
* Le demandeur doit inscrire son nom de famille, son prénom et sa date de naissance <b>AVANT</b> de faire remplir le formulaire par un professionnel de la santé.	

### Consentement

J'accepte par la présente de communiquer les renseignements qui suivent au ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

X

Signature du demandeur

Date (aaaa-mm-jj)

## SECTION 2 : À remplir par un médecin ou un infirmier praticien seulement

Si vous n'êtes ni l'un ni l'autre, veuillez remplir la section 3.

### A. Degré et gravité de l'incapacité ou de la déficience

En ma qualité de professionnel de la santé, je suis d'avis que cette déficience restreint considérablement la capacité du demandeur à vaquer à ses occupations quotidiennes et à répondre à ses besoins financiers de base. Il s'agit d'une déficience (**ne cocher qu'une seule case**) :

- Permanente
- À long terme (c'est-à-dire qu'on s'attend à ce qu'elle affecte en continu le demandeur pendant les 12 prochains mois)
- Épisodique ou récurrente (c'est-à-dire qu'on ne s'attend pas à ce qu'elle affecte en continu le demandeur pendant les 12 prochains mois)
- À court terme (c'est-à-dire qu'on s'attend à ce qu'elle affecte le demandeur pendant moins de 12 mois)

### Commentaires

Veuillez fournir tout autre renseignement pertinent pour comprendre la nature ou la gravité de la déficience et ses répercussions sur la capacité du demandeur à répondre à ses besoins financiers de base :

### B. Diagnostic

Si l'incapacité ou la déficience s'accompagne d'un diagnostic, veuillez l'indiquer ci-dessous (n'inscrivez rien si le diagnostic n'est pas connu).

Nom du client : \_\_\_\_\_

Initiales du médecin ou de l'infirmier praticien : \_\_\_\_\_

### C. Répercussions de l'incapacité ou de la déficience

1. En quoi le problème de santé affecte-t-il le demandeur?

2. Dans le cas d'une incapacité ou déficience appelée à s'atténuer ou à disparaître, dans quel laps de temps cela devrait-il se produire?

3. Le traitement est-il facilement accessible?

4. Est-ce que l'incapacité ou la déficience contraint le demandeur à résider avec un parent ou un aidant naturel?

### D. Autres commentaires

Veuillez fournir tout autre renseignement que vous jugez pertinent pour comprendre le problème de santé du demandeur, la nature et l'ampleur de la déficience ainsi que les conséquences sur le quotidien du demandeur.

### E. Attestation

Je soussigné, \_\_\_\_\_, suis un  
**médecin** et mon numéro d'identification est le \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, suis un  
**infirmier praticien** et mon numéro d'identification est le \_\_\_\_\_

Le présent formulaire fait état de mes conclusions et de mon opinion à ce moment-ci.

X

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

Courriel (facultatif) :

Nom de la clinique :

Nom du client : \_\_\_\_\_

Initiales du médecin ou de l'infirmier praticien : \_\_\_\_\_

### SECTION 3 : À remplir par un infirmier autorisé à exercer aux Territoires du Nord-Ouest

Le demandeur peut faire signer le formulaire d'évaluation de l'incapacité par un infirmier autorisé s'il ne sera pas possible de consulter un médecin ou un infirmier praticien dans les trois mois à venir.

#### A. Degré et gravité de l'incapacité ou de la déficience

À la lumière des renseignements médicaux au dossier du patient, je confirme que cette personne présente une déficience qui restreint considérablement sa capacité à vaquer à ses occupations quotidiennes et à répondre à ses besoins financiers de base. Il s'agit d'une déficience (**ne cocher qu'une seule case**) :

Permanente

À long terme (c'est-à-dire qu'on s'attend à ce qu'elle affecte en continu le demandeur pendant les 12 prochains mois)

Épisodique ou récurrente (c'est-à-dire qu'on ne s'attend pas à ce qu'elle affecte en continu le demandeur pendant les 12 prochains mois)

À court terme (c'est-à-dire qu'on s'attend à ce qu'elle affecte le demandeur pendant moins de 12 mois)

#### Commentaires

Veillez fournir tout autre renseignement pertinent pour comprendre la nature ou la gravité de la déficience et ses répercussions sur la capacité du demandeur à répondre à ses besoins financiers de base :

#### B. Diagnostic

Si le dossier du patient fait état d'un diagnostic quant à l'incapacité ou la déficience, veuillez l'indiquer ici (n'inscrivez rien si le diagnostic n'est pas connu).

#### C. Répercussions de l'incapacité ou de la déficience

1. En quoi le problème de santé affecte-t-il le demandeur?

Nom du client : \_\_\_\_\_

Initiales de l'infirmier autorisé : \_\_\_\_\_

2. Dans le cas d'une incapacité ou déficience appelée à s'atténuer ou à disparaître, dans quel laps de temps cela devrait-il se produire?

3. Le traitement est-il facilement accessible?

4. Est-ce que l'incapacité ou la déficience contraint le demandeur à résider avec un parent ou un aidant naturel?

#### D. Autres commentaires

Veuillez fournir tout autre renseignement et joindre tout document médical (au besoin) pertinents pour comprendre la nature et la gravité de la déficience.

#### E. Attestation

Je soussigné, \_\_\_\_\_, suis un **infirmier autorisé** et mon numéro d'identification est le \_\_\_\_\_

J'atteste que le demandeur n'a pu faire remplir le présent formulaire par un médecin ou un infirmier praticien.

Le présent formulaire fait état de mes conclusions et de mon opinion à ce moment-ci.

X

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

Courriel (facultatif) :

Nom de la clinique :

Nom du client : \_\_\_\_\_

Initiales de l'infirmier autorisé : \_\_\_\_\_