



CANADA STUDENT LOANS PROGRAM

PROGRAMME CANADIEN DE PRÊTS AUX ÉTUDIANTS

APPLICATION FOR THE GRANT FOR SERVICES AND EQUIPMENT FOR STUDENTS WITH PERMANENT DISABILITIES

DEMANDE DE BOURSE SERVANT À L'ACHAT D'ÉQUIPEMENT ET DE SERVICES POUR ÉTUDIANTS AYANT UNE INCAPACITÉ PERMANENTE

PERSONAL INFORMATION - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

		SIN - N.A.S.
Surname - Nom de famille	Given Name(s) - Prénom(s)	Date of Birth - Date de naissance Y - A M D - J
Address - Adresse		City - Ville
Province	Postal Code - Code postal	Area code & Telephone No. - Indicatif régional et N° de téléphone
Name of Educational Institution - Nom de l'établissement d'enseignement		Student Number - Matricule de l'étudiant
Course Load (no less than 40 % if full-time; no less than 20 % if part-time) Pourcentage de cours suivis (pas moins de 40 % pour un programme à temps plein et de 20 % pour un programme à temps partiel)		

EXCEPTIONAL EDUCATION-RELATED COSTS

NOTE: Support is limited to the services and equipment noted below and is dependent on the nature of the disability(ies). Check the appropriate boxes below:

DÉPENSES EXCEPTIONNELLES LIÉES AUX ÉTUDES

REMARQUE : L'aide est limitée aux services et à l'équipement énumérés ci-dessous et dépend de la nature de l'incapacité/des incapacités. Cocher les cases appropriées :

NATURE OF DISABILITY - NATURE DE LA DÉFICIENCE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deaf, Hard of Hearing
Surdité, déficience auditive | <input type="checkbox"/> Physical Disability
Déficience physique |
| <input type="checkbox"/> Blind, Visually Impaired
Cécité, déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Learning Disability
Troubles d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Other (eg. head injury, mental illness). Specify:
Autre (p. ex. : traumatisme crânien, maladie mentale). Préciser : _____ | |

SERVICES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Note Taker
Preneur de notes | <input type="checkbox"/> Interpreter (oral, sign)
Interprète (oral, gestuel) |
| <input type="checkbox"/> Tutor
Tuteur | <input type="checkbox"/> Attendant for studies
Services d'auxiliaire pour les études |
| <input type="checkbox"/> Reader
Lecteur | <input type="checkbox"/> Specialized Transportation (to/from Institution only)
Transport adapté
(entre l'établissement et le domicile seulement) |

EQUIPMENT - ÉQUIPEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Technical Aids (eg. computer, braille). Specify:
Aides techniques (p. ex.: ordinateur, appareil de transcription en braille). Préciser : _____ | <input type="checkbox"/> Alternate Formats (eg. large or braille print)
Supports de substitution (p. ex. : gros caractères ou braille) |
|--|---|

THIS APPLICATION WILL NOT BE ASSESSED UNLESS ALL OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION IS SUBMITTED WITH THIS FORM.

CETTE DEMANDE NE SERA PAS ÉVALUÉE SI LE FORMULAIRE N'EST PAS ACCOMPAGNÉ DE TOUTE LA DOCUMENTATION SUIVANTE.

A - PROOF OF ENROLLMENT

- A Canada Student Loans Program Certificate of Eligibility and Canada Student Loan Agreement (issued for the current academic year), signed by the designated educational institution at which you are enrolled; or,
- A Canada Student Loans Program Schedule 2, Confirmation of Enrolment Form, signed by the designated educational institution at which you are enrolled.

A - PREUVE D'INSCRIPTION

- un Certificat d'admissibilité et contrat de prêt d'études canadien du Programme canadien de prêt aux étudiants (c'est-à-dire un Certificat d'admissibilité délivré pour l'année scolaire en cours) signée par le responsable de l'établissement d'enseignement où vous êtes inscrit; ou
- une annexe 2 du Programme canadien de prêt aux étudiants (c'est-à-dire une Confirmation d'inscription) signée par le responsable de l'établissement d'enseignement où vous êtes inscrit.

B - STATEMENT OF DISABILITY

describing the type of disability and whether it is expected to be permanent.

- A medical certificate, OR
- A learning disability assessment, OR
- A document proving that you receive federal and/or provincial disability assistance.

B - PREUVE D'INCAPACITÉ

décrivant la nature et le caractère permanent de l'incapacité.

- Certificat médical; OU
- Certificat attestant un trouble d'apprentissage; OU
- Document prouvant que vous recevez des prestations d'invalidité fédérales et/ou provinciales.

C - CONFIRMATION OF NEED

for disability-related services or equipment. To be completed by one of the following:

- A Vocational Rehabilitation Services (VRS) case worker;
- An official at a centre for students with disabilities;
- A guidance counsellor or financial aid administrator at the post-secondary institution you are attending.

C - CONFIRMATION DU BESOIN

de services ou d'équipement en raison de votre incapacité. À remplir par l'une des personnes suivantes :

- un agent de traitement des cas des Services de réadaptation professionnelle (SRP);
- un responsable d'un centre pour étudiants handicapés;
- un conseiller d'orientation ou un administrateur de l'aide financière de l'établissement d'enseignement postsecondaire que vous fréquentez.

D - DETAILED COST ESTIMATES

(usually 2 separate sources) for the exceptional education-related costs identified above.

D - ESTIMATION DÉTAILLÉE DES DÉPENSES EXCEPTIONNELLES LIÉES AUX ÉTUDES

indiquées plus haut (faite habituellement par deux sources différentes).

FOR PROVINCIAL USE ONLY - RÉSERVÉ AUX AUTORITÉS PROVINCIALES

<input type="checkbox"/> Assessed and qualifies for CSL/provincial assistance A été évalué et jugé admissible à un prêt d'études du PCPÉ/à une aide provinciale					Institution Code Code de l'établissement					
FOS Domaine d'études		No. of Wks of Study Nbre de semaines d'études		Period of Studies Période d'études		Period of Studies End Date Date d'expiration de la période d'études		Y - A	M	D - J
				Of De						
Provincial Student Loan Approved Prêt d'études provincial approuvé				\$		Provincial Grant Approved Subvention provinciale approuvée				\$
CSL Approved Prêt d'études du PCPÉ approuvé				\$		Federal Grant Approved Subvention fédérale approuvée				\$

 Signature of Financial Aid Administrator
 Signature du responsable de l'aide financière aux étudiants

 Date (Y-M-D / A-M-J)

If I receive a grant for my exceptional education-related costs, I hereby agree to provide, by the end of my study period, receipts showing that funds were spent for their intended purposes.

Si je bénéficie d'une subvention au titre des dépenses exceptionnelles liées aux études, je consens, par la présente, à fournir à la fin de ma période d'études, des reçus prouvant que la somme a été dépensée aux fins auxquelles elle était destinée.

 Student's Signature - Signature de l'étudiant

 Date (Y-M-D / A-M-J)

Canada Student Grant for Services and Equipment for Persons with Permanent Disabilities



This application cannot be assessed unless all of the following documentation has been submitted.

- Application Form for Canada Student Grant for Services and Equipment for Persons with Permanent Disabilities
- Cost Estimates for Equipment or Services
- Services Request Form (if applicable)
- Medical documentation (if not previously submitted)

Social Insurance Number

First Name _____ Last Name _____ Middle Initial _____

COST ESTIMATE SUMMARY SHEET

Please list requested equipment and services. – Each service must have one estimate.
– Each equipment must have two cost estimates.

Item	Cost	Name of Supplier
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____
(i) _____	\$ _____	_____
(ii) _____	\$ _____	_____

Mail completed application to:

Student Financial Services
Department of Post-Secondary Education, Training and Labour
PO Box 6000, 440 King St.
Fredericton, NB E3B 5H1



SERVICES REQUEST FORM



Tutoring, note taking, reader, attendant care, interpreting services, alternate format

The information on this form will be used for processing your requests for services funding that may be available through the Canada Student Grant for Services and Equipment for Persons with Permanent Disabilities. Please use a separate form for each type of service request.

The application cannot be processed without the Name of Services Provider completed.

Social Insurance Number

First Name _____ Last Name _____ Middle Initial _____

Service Request _____

FIRST TERM					SECOND TERM				
Course	Hours per Week	Number of Weeks	\$ per Hour	Total	Course	Hours per Week	Number of Weeks	\$ per Hour	Total
First Term Total Costs					Second Term Total Costs				

I understand that my approved services funding may be issued in instalments. The second instalment, if required, will only be issued when it is requested, and the request is accompanied with the receipts showing the first instalment usage.

Receipts must show dates and hours of usage.

Signature (must be signed in ink) _____

Date _____
YYYY MM DD

Name of Services Provider _____

