



**CANADA STUDENT LOANS PROGRAM
APPLICATION FOR CANADA STUDY GRANT
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES**

**PROGRAMME CANADIEN DE PRÊTS AUX ÉTUDIANTS
DEMANDE DE SUBVENTION CANADIENNE POUR ÉTUDES
POUR ÉTUDIANTS AYANT UNE INVALIDITÉ 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	Telephone No. - 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 Schedule 1, Certificate of Eligibility (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

- une annexe 1 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				
F.O.S. 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
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

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



Office Use Only
File Number
Date Received

Permanent Disability Medical Certificate

Any costs incurred in completing this form are the responsibility of the student.

This section is to be completed by the student

Social Insurance Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Last Name ↑	Given Name	Middle Initial	Telephone Number ↑
Street Number & Address ↑	City	Province	Postal Code ↑

All personal information is collected under the authority of Section 31 (c) of the Prince Edward Island Freedom of Information and Protection of Privacy Act and the Canada Student Financial Assistance Act and Regulations, as it relates directly to and is necessary for the administration of the Canada Student Loans Program and the Prince Edward Island Student Loans Program and will be used solely for the determination of financial assistance. For further information contact Student Financial Services at (902) 368-4640.

This section is to be completed by the physician – please complete all questions

It must be demonstrated that the student’s disability meets the definition of “permanent disability” in the Canada Student Financial Assistance Regulations and in the Canada Student Loan Regulations. See definition below.

1) Does the disability meet the following definition of permanent disability? – “A functional limitation caused by a physical or mental impairment that restricts the ability of a person to perform the daily activities necessary to participate in studies at the post-secondary level or the labour force, and that impairment is expected to remain with the person for the person’s expected life”.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2) When did the disability occur? _____	
3) What is the nature and history of the disability? The information should be precise – avoid using words such as possibly, probably, likely, etc. _____ _____ _____	
4) How will the applicant be restricted in his/her ability to perform the daily activities necessary to participate in studies at the post secondary level? _____ _____	
5) Is the functional limitation expected to remain for the person’s expected life? Please explain. _____ _____	

Attach any supplemental information.

I, the undersigned, a duly qualified medical practitioner, hereby certify that I have knowledge of the above named person’s disability described above and that I am satisfied that he/she has a permanent disability.

Physician Name (print)	X S I G N H E R E	Date