Information

Régie des rentes Québec

# Demande de révision

**Prestations familiales et crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants**

Ce formulaire peut servir autant pour les demandes de révision concernant le programme de prestations familiales que celles pour le crédit d'impôt remboursable pour le soutien aux enfants.

**Veuillez présenter cette demande dans les 90 jours qui suivent la date de la décision.**

## 1. Renseignements sur l'identité

| Nom de famille | Prénom | Numéro d'assurance sociale |
|---|---|---|
| | | |

Adresse (numéro, rue, appartement)

| Ville | Province | Pays | Code postal |
|---|---|---|---|
| | | | |

Téléphone
au domicile ind. rég. | autre ind. rég. | poste

## 2. Allocation familiale ou paiement de soutien aux enfants

**Veuillez préciser les raisons de votre demande de révision et fournir tous les documents utiles.**

Si votre demande concerne une modification à votre revenu familial, vous devez vous adresser à Revenu Québec. Si elle concerne une modification à votre situation familiale, en particulier l'état civil ou les enfants à charge, vous devez vous adresser à l'Agence du revenu du Canada. Nous serons avisés par l'un ou l'autre de ces organismes de la modification apportée à votre dossier.

Si l'espace est insuffisant, annexez une autre feuille.

Numéro d'assurance sociale

Si la révision demandée fait suite à une demande de supplément pour enfant handicapé, veuillez remplir les sections 3 et 4. Sinon passer à la **section 5**.

## 3. Allocation pour enfant handicapé ou supplément pour enfant handicapé

**Veuillez préciser les raisons de votre demande de révision et fournir tous les documents utiles, par exemple les rapports les plus récents de chaque professionnel qui suit votre enfant.**

Nom et prénom de l'enfant _____ Date de naissance (année / mois / jour)

Veuillez décrire les difficultés de votre enfant pour accomplir les activités de la vie quotidienne telles que s'habiller, se déplacer, se nourrir, communiquer et effectuer ses soins d'hygiène. Préciser par exemple :

- l'aide ou la surveillance particulière nécessaire pour accomplir ses différentes activités de la vie quotidienne ;
- l'accompagnement nécessaire à l'école, à la garderie ou pour ses déplacements ;
- les difficultés pour les soins à la maison et leur fréquence ;
- la nature et la fréquence de ses suivis, de ses examens ou de ses traitements ;
- ses problèmes de comportement à la maison, à l'école ou à la garderie ;
- les difficultés à suivre une diète particulière.

Si l'espace est insuffisant, annexez une autre feuille.

## 4. Questions complémentaires

4.1 Est-ce que votre enfant a revu son médecin traitant ou un autre médecin depuis la décision de la Régie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit où vous l'avez rencontré avec votre enfant :

| Nom du médecin | Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

4.2 La médication de votre enfant a-t-elle été modifiée (nouveau médicament, nouvelle posologie) depuis la décision de la Régie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que la posologie prescrite pour chacun :

| Nom du médicament | Posologie (Ex. : 10 mg, 2 fois par jour) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

Numéro d'assurance sociale

## 4. Questions complémentaires (suite)

4.3 Votre enfant a-t-il commencé de nouveaux traitements (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychothérapie, etc.) depuis la décision de la Régie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

| Traitement | Date de début | Fréquence (Nbre de fois par mois) | Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4.4 Votre enfant a-t-il subi des tests depuis la décision de la Régie ou prévoyez-vous qu'il en subisse ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, la date qu'il a été effectué ou qu'il est prévu et l'endroit :

| Nom du test | Date (test effectué ou prévu) | Endroit |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

4.5 Est-ce que votre enfant a été hospitalisé depuis la décision de la Régie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

| Raison de l'hospitalisation | Date | Endroit |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## 5. Signature

**Ce formulaire doit être signé par la mère ou le père de l'enfant ou la personne qui en assume principalement la charge.**

Signature _____ Date année mois jour

Imprimer

**Retournez à :**
Régie des rentes du Québec, Service de la révision, C. P. 5200, Québec (Québec) G1K 7S9