

DEMANDE DE RÉÉVALUATION DES FRAIS DUS À DES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES OU URGENTES DURANT LA PÉRIODE D'ÉTUDES

S'il vous est impossible, à vous ou à votre famille, de contribuer le montant prévu en raison de dépenses exceptionnelles ou inévitables, veuillez remplir la ou les sections appropriées.

Numéro d'assurance sociale	Prénom de l'étudiant	Nom de famille

Frais d'urgence pour soins dentaires / médicaux / de la vue _____ \$

Nous entendons par frais d'urgence les frais habituellement occasionnés par un accident. Les dépenses qu'il faut engager dans le cadre normal de la vie familiale ne sont pas admissibles. Par exemple, les frais d'orthodontie ou l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes ne sont pas admissibles. Documents requis :

- Certificat médical ou lettre du dentiste, du médecin ou de l'ophtalmologiste décrivant la nature des soins d'urgence requis; et
- Preuve du paiement des soins d'urgence et preuve que ces frais n'étaient pas couverts par un régime d'assurance maladie ou personnelle.

Réparations d'urgence au domicile familial _____ \$

Nous entendons par réparations d'urgence celles qui sont habituellement rendues nécessaire par suite d'un événement destructeur inattendu comme un incendie ou une inondation (par exemple, des réparations au toit rendues nécessaires par de mauvaises conditions météorologiques). Les réparations d'urgence ne comprennent pas les rénovations et les réparations normales. Documents requis :

- Reçus pour les réparations;
- Preuve que les dommages n'étaient pas couverts par aucune garantie ou assurance; et
- Brève explication des dépenses et la date des dépenses.

Frais de soins de santé exceptionnels parce qu'un membre de la famille est malade _____ \$

Nous entendons par frais de soins de santé exceptionnels des frais engagés dans des circonstances n'offrant aucune autre solution, par exemple, les frais associés à un transfert obligatoire à un hôpital pour enfants dans une autre ville ou une autre province ou encore les frais de services d'auxiliaires pendant une convalescence. Les frais engagés ne doivent pas être couverts par un régime d'assurance maladie ou personnelle. Documents requis :

- Certificat médical ou lettre du médecin décrivant la nature des soins requis; et
- Reçus pour les frais engagés.

Frais de médicaments de prescription récurrents _____ \$
(qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie ou personnelle)

Nous entendons par médicaments de prescription essentiels les médicaments requis à cause d'une maladie chronique ou menaçant la vie d'un membre de la famille (par exemple, un diabétique ayant besoin d'insuline ou encore une personne atteinte de fibrose kystique nécessitant des médicaments coûteux). Documents requis :

- Preuve du paiement des médicaments et preuve que les frais n'étaient pas couverts par aucun régime d'assurance maladie ou personnelle.

Déclaration et signatures requises

L'étudiant ainsi que toute autre personne réclamant les dépenses ci-dessus doivent remplir cette section.

J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont exacts et complets. Il est entendu que les renseignements donnés peuvent faire l'objet d'une vérification.

Signature de l'étudiant

Date

Pour les étudiants dépendants

Signature des parents/beaux-parents/tuteurs

Pour les étudiants mariés ou vivant en union de fait

Signature du conjoint

