

DEMANDE PARENTALE DE SERVICES DE SANTÉ/D'AMÉNAGEMENTS DE LA SECTION 504 POUR 2023-2024

Nom de l'élève _____ Date de naissance _____ N° d'identifiant de l'élève _____
 Nom de l'école _____ ATS/DBN de l'école _____ Grade/classe _____
 Nom du parent/tuteur/de la tutrice faisant la demande _____ Lien avec l'élève _____
 Date d'envoi au coordinateur 504 _____ Nom du coordinateur 504 _____
 L'élève est actuellement titulaire d'un IEP ? Oui Non Téléphone du coordinateur 504 _____

Part. 1 : Le parent/tuteur/la tutrice doit remplir et soumettre le formulaire au coordinateur 504 ou à l'équipe IEP de l'école

Décrivez ci-dessous le problème et précisez comment il affecte les résultats scolaires de l'élève :

Demandez des aménagements en fonction des problèmes listés ci-dessus : contactez le coordinateur 504 ou l'équipe IEP de votre école pour toute question.

Demande d'aménagement(s) <i>Le parent/tuteur/la tutrice coche les aménagements demandés :</i>	Nouvelle demande <i>For school use only/Réservé à l'usage de l'école</i>	Demande de renouvellement <i>For school use only/Réservé à l'usage de l'école</i>
Aménagements des conditions d'examen <input type="checkbox"/> Calendrier d'examen/durée d'examen (ex. : durée prolongée) <input type="checkbox"/> Cadre/lieu d'examen <input type="checkbox"/> Méthode de présentation/instructions/technologie d'assistance <input type="checkbox"/> Méthode de réponse au test/aide en matière de contenu <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aménagements de la salle de classe/du programme scolaire <input type="checkbox"/> Emploi du temps de la classe/utilisation du temps <input type="checkbox"/> Cadre des activités en classe <input type="checkbox"/> Méthode de présentation/instructions/technologie d'assistance <input type="checkbox"/> Méthode de réponse lors d'activités en classe/aide en matière de contenu <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soutiens scolaires et autres services Paraprofessionnels <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Autre Services infirmiers <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Transport (pour un problème de santé temporaire ou une mobilité réduite à court ou à long terme, soumettez des formulaires de demande d'exception pour raisons médicales au Bureau du transport scolaire) <input type="checkbox"/> Safety Net (lycée uniquement) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si l'élève a besoin de médicaments au cours de la journée scolaire et ne peut pas se les administrer en toute autonomie, l'infirmière scolaire les lui administrera ; le formulaire d'administration de médicaments doit être soumis à l'infirmière de l'école. Les demandes pour des soins infirmiers 1:1, des soutiens paraprofessionnels et le transport seront examinées au cas par cas par un médecin du Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) pour déterminer si les services sont médicalement nécessaires. Les décisions déterminant si l'élève a besoin d'un aménagement particulier sont prises par l'équipe 504 ou l'équipe IEP, dont le parent fait partie. D'autres formulaires doivent être remplis ; veuillez consulter votre coordinateur 504 ou votre équipe IEP. Le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) examinera les demandes de technologie d'assistance et pourra faciliter une évaluation pour déterminer les besoins de l'élève.

Part. 2 : AUTORISATION PARENTALE – Le parent/tuteur/la tutrice doit remplir le formulaire avant de le soumettre au coordinateur 504 ou à l'équipe IEP de l'école

Votre enfant peut avoir droit aux aménagements en vertu de la Section 504 de la Loi de 1973 sur la protection et l'insertion des handicapés. L'équipe 504 et/ou l'équipe IEP de votre école se réunira pour examiner les dossiers de votre enfant, son travail en classe, les observations en salle de classe, sa performance aux tests ainsi que les déclarations de son médecin. Si votre enfant a droit aux services selon cet examen, l'équipe élaborera un Plan 504 et/ou un IEP avec votre soutien et votre consentement. Les Plans 504 **doivent être examinés avant la fin de chaque année scolaire ou plus souvent si nécessaire.**

En signant ce formulaire : 1) Je donne mon consentement à l'équipe 504 et/ou à l'équipe IEP pour qu'elle examine les dossiers de mon enfant et décide s'il ou si elle a droit aux aménagements.. 2) Je confirme que j'ai fourni des informations précises et complètes dans la pleine mesure de mes moyens. 3) Je comprends que l'OSH et le DOE se fient à l'exactitude des informations contenues dans le formulaire pour leur examen et leurs décisions. 4) Je comprends que l'OSH et le DOE peuvent obtenir toutes les informations qu'ils estiment nécessaires sur l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

Le formulaire HIPAA rempli est joint (REQUIS POUR L'EXAMEN. LES PARENTS DOIVENT REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE).

Nom du parent/tuteur/de la tutrice _____ Téléphone en journée _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice _____ Date _____

AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES EN VERTU DE LA LOI HIPAA

Nom du patient	Date de naissance	Numéro d'identifiant du patient
Adresse du patient		

Je, ou la personne autorisée à me représenter, demande à ce que les informations médicales relatives à mes soins et à mon traitement soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : en vertu de la loi de l'État de New York et des règles de confidentialité de la loi HIPAA portant sur la portabilité et les responsabilités en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) de 1996, je déclare avoir compris ce qui suit :

- Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et DE DROGUES, à DES SOINS DE SANTÉ MENTALE**, à l'exception de notes prises durant une psychothérapie, et aux **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES AU HIV/SIDA*** uniquement si j'appose mes initiales sur la ligne correspondante à la rubrique 7. Si les données médicales décrites ci-dessous correspondent à l'un de ces types d'informations et que j'appose mes initiales dans la case en face d'une catégorie de la rubrique 7, j'autorise expressément leur transmission au Département de la santé et de l'hygiène mentale de la Ville de New York (DOHMH) et au Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) qui gèrent conjointement le Bureau de la santé scolaire.
- Si j'autorise la divulgation de données relatives au VIH/SIDA, à un traitement contre l'abus d'alcool ou de drogues ou à des soins de santé mentale, le DOHMH n'est pas autorisé à les retransmettre sans mon autorisation, sauf permission accordée par la loi fédérale ou de l'État. Je comprends que j'ai le droit de demander la liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser, sans mon autorisation, mes informations relatives au VIH/SIDA. Si je suis victime de discrimination suite à la transmission ou à la divulgation d'informations relatives au VIH/SIDA, j'ai le droit de contacter la Division des droits de l'homme de l'État de New York au (212) 480-2493 ou la Commission des droits de l'homme de la Ville de New York au (212) 306-7450. Ces agences sont responsables de la protection de mes droits.
- J'ai le droit d'annuler cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé auxquels j'ai donné mon autorisation pour transmettre mes informations. Je comprends que je peux retirer cette autorisation sauf dans la mesure où des actions ont déjà été prises sur la base de cette autorisation.
- Je comprends que signer cette autorisation est volontaire. Mon traitement, les frais à ma charge, mon inscription à une assurance santé ou mon droit à des prestations ne seront pas conditionnés par mon autorisation à divulguer ces informations.
- Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH ou le DOE (sauf comme indiqué ci-dessus dans la rubrique 2) et cette nouvelle diffusion peut ne plus être protégée par la loi fédérale ou de l'État.
- J'AUTORISE TOUTS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS ET À DISCUTER DE CELLES-CI AVEC LE DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE MENTALE DE LA VILLE DE NEW YORK ET LE DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK.**

7. Informations spécifiques à transmettre et à discuter :

Toutes les informations médicales (écrites ou orales), comprenant l'historique médical, les notes du cabinet (sauf celles prises durant une psychothérapie), les résultats de tests, les radiologies, les films, les recommandations, les consultations, les dossiers de facturation, les dossiers d'assurance, ainsi que toutes les pièces envoyées à mes prestataires de soins de santé par d'autres prestataires de soins de santé.

Si cette case est cochée, transmettez et discutez uniquement les informations médicales indiquées ici : _____

(Utilisez cette case si vous ne voulez pas que le dossier entier soit diffusé ou transmis. Utilisez la case 9 pour préciser la durée de validité de ce formulaire)

Inclure : (indiquez en apposant vos initiales)

_____ Informations sur des traitements contre l'abus d'alcool/de drogues. Indiquez les dossiers à transmettre et l'organisation qui les transmettra : _____

_____ Informations sur la santé mentale

_____ Informations relatives au VIH/SIDA

8. MOTIF DE TRANSMISSION DES DONNÉES : CES INFORMATIONS SONT TRANSMISES SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT, SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :

9. CETTE AUTORISATION EXPIRE À LA DATE À LAQUELLE CE PATIENT NE FRÉQUENTE PLUS UNE ÉCOLE OU UN PROGRAMME GÉRÉ(E) PAR LE DOE OU BÉNÉFICIAIRE DES SERVICES DU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE, SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :**

10. À DÉFAUT DU PATIENT, NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE : (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE)

11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI À SIGNER AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE SON PARENT/TUTEUR LÉGAL OU SA TUTRICE LÉGALE OU TEL QUE PRÉCISÉ ICI :

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été remplies, j'ai obtenu des réponses à mes questions sur ce formulaire et une copie du document m'a été fournie.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGALEMENT HABILITÉ

DATE

*Virus de l'immunodéficience humaine qui cause le SIDA. La loi sur la santé publique de l'État de New York protège les données qui pourraient raisonnablement permettre d'identifier une personne présentant des symptômes ou une infection par le VIH et les informations concernant les contacts d'une personne.

**Si une date d'expiration est indiquée dans la rubrique 9 ci-dessus, le formulaire expirera à cette date et un nouveau formulaire doit être soumis par le parent/tuteur légal ou la tutrice légale du patient ou toutes les autres personnes autorisées par la loi.