

# DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS SECTION 504 POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No d'Identifiant de l'élève \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_ ATS/DBN de l'école \_\_\_\_\_ Grade/Classe \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur ayant fait la demande \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève \_\_\_\_\_

Date de remise de la demande au Coordonnateur 504 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nom du Coordonnateur Section 504 \_\_\_\_\_

# Téléphone du Coordinateur Section 504 \_\_\_\_\_

## Partie 1 : Le père/la mère/le tuteur doit renseigner les rubriques et présenter au Coordinateur Section 504 de l'établissement scolaire

Descrives ci-après ce qui vous préoccupe en la matière et dites comment cela affecte la performance scolaire de l'élève :

Demandez des aménagements en vous basant sur les préoccupations que vous avez expliquées préalablement. Pour toute question, prière de contacter le Coordinateur Section 504 de l'établissement.

Demande d'aménagement(s) scolaire(s) <i>Marquez tous les aménagements demandés :</i>		<i>For school use only</i> <b>Partie réservée à l'usage de l'établissement scolaire</b>	
		Approve	Deny
<b>Aménagements des conditions de passage de l'examen</b>	<input type="checkbox"/> Calendrier d'examen/durée d'examen (plus de temps, etc.) <input type="checkbox"/> Cadre/lieu d'examen <input type="checkbox"/> Méthode de présentation/Instructions/Technologies d'assistance <input type="checkbox"/> Méthode de réponse aux questions d'examen/aide en matière de contenu <input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP)	<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"/>
<b>Aménagements en salle de classe / au niveau du programme scolaire</b>	<input type="checkbox"/> Calendrier des cours/emploi du temps <input type="checkbox"/> Cadre des activités scolaires <input type="checkbox"/> Méthode de présentation/Instructions/Technologies d'assistance <input type="checkbox"/> Méthode de participation aux activités en classe/support de contenu <input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP)	<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"/>
<b>Appuis, adaptations et accompagnement scolaire</b>	<input type="checkbox"/> Para-professionnel de la santé* <input type="checkbox"/> nouvelle demande <input type="checkbox"/> demande de prolongation <input type="checkbox"/> Mesure de protection (Lycée uniquement) <input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Autres aménagements (précisez s'il vous plaît)**</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* Les demandes faites par des para-professionnels doivent être examinées par un médecin de l'OSH pour voir si ces soins de santé sont nécessaires. Il faut remplir d'autres formulaires ; prière de vous renseigner auprès du Coordonnateur Section 504 de votre école.

\*\* Pour les demandes relatives à la prise en charge du transport, remplissez un Formulaire de demande d'examen médical. On peut le trouver sur le site web du DOE :

## Partie 2 : AUTORISATION PARENTALE – Le père/la mère/le tuteur doit renseigner les rubriques avant de les remettre au Coordinateur Section 504 de l'établissement scolaire

Il se peut que votre fils/fille ait droit aux aménagements au titre de la Section 504 de la Loi 1973 sur la protection et l'insertion des handicapés (Rehabilitation Act 1973). L'équipe en charge des services offerts conformément à la Section 504 conviera une réunion au cours de laquelle il examinera le dossier de votre enfant, son travail en classe, les observations de son enseignant, les examens, et les déclarations du professionnel de santé qui l'a vu. Au cas où votre fils/fille aurait droit à ces encadrements suite aux décisions prises à cette rencontre, l'équipe vous demandera votre aide et votre assentiment pour mettre en place un plan 504. Le plan 504 peut être revu à tout moment de l'année, **mais il doit faire l'objet d'une nouvelle autorisation chaque année scolaire.**

En signant ce formulaire : 1) Vous donnez à l'équipe Section 504 l'autorisation d'examiner le dossier de votre fils/fille et de se décider au droit de ce dernier aux encadrements. 2) Vous attestez que vous êtes sûr(e) d'avoir fourni des informations précises et complètes. 3) Vous savez bien que le Bureau de la Santé scolaire (OSH) et le Département de l'Éducation (DOE) s'en remettent à l'exactitude des informations portées sur le formulaire pour examiner la situation et prendre des décisions. 4) Vous savez bien que l'OSH et le DOE sont en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire en ce qui concerne les problèmes de santé, les médicaments ou le traitement de votre enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à votre enfant.

Remplissez le formulaire HIPAA ci-joint. (OBLIGATOIRE POUR L'ÉVALUATION. LES PARENTS DOIVENT RENSEIGNER LES RUBRIQUES QUI SE TROUVENT AU VERSO DE CE FORMULAIRE.)

Nom du père/de la mère/du tuteur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (en cours de journée) \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS SUR LA SANTÉ CONFORMÉMENT À L'HIPAA**

<b>Nom du patient</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>N° d'identifiant du patient</b>
<b>Adresse du patient</b>		

La personne habilitée à me représenter, ou moi-même, demande, à ce que les informations médicales, relatives aux soins et au traitement que je reçois, soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : En vertu des lois de l'État de New York et de la clause de transférabilité et d'imputabilité d'assurance maladie (HIPAA) de 1996, je déclare avoir compris que :

1. Du fait d'apposer mes initiales sur la case appropriée de la rubrique 7, j'autorise, par la présente, la divulgation de données relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et AUTRES DROGUES, AU TRAITEMENT POUR TROUBLES MENTAUX**, notes prises durant une psychothérapie exclues, et/ou **AUX INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR UNE INFECTION PAR LE VIH/SIDA\***. Si les données médicales décrites ci-dessous correspondent à l'un de ces types d'informations, et que j'appose mes initiales sur la case 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).
2. Si j'autorise la divulgation de données relatives à une infection par le VIH/SIDA, un traitement contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues, ou pour troubles mentaux, j'interdis le DOHMH de les retransmettre sans mon autorisation sauf permission accordée par la législation fédérale ou d'État. Je déclare avoir compris que j'ai le droit de demander la liste des personnes auxquelles pourraient être divulguées ou qui pourraient utiliser, sans mon autorisation, les informations, relatives à une infection par le VIH/SIDA me concernant. Si je suis victime de discrimination suite à la transmission ou divulgation d'informations relatives à une infection par le 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 organismes sont responsables de la protection de mes droits.
3. J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé mentionnés ci-dessous. Je comprends que mon droit de retrait de cette autorisation ne s'applique pas aux actions déjà entreprises sur la base de cette dernière.
4. Je sais que signer cette autorisation est facultatif. Le traitement que je reçois et son paiement, une assurance-maladie, ou l'admissibilité aux prestations d'assurance ne sont pas des facteurs déterminant cette divulgation.
5. Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle diffusion peut ne plus être protégée par la législation fédérale et de l'État.
6. **J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À DIVULGUER CES INFORMATIONS AU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH), UN PROGRAMME AU SEIN DUQUEL COLLABORE LE DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK (NYCDOE) ET LE DOHMH, ET D'EN DISCUTER AVEC SES MEMBRES.**

<p>7. Données spécifiques à transmettre et à discuter : L'intégralité du dossier médical (par écrit ou oralement), comprenant les antécédents du patient, les notes du médecin traitant (sauf celles prises durant une psychothérapie), résultats des tests, diagnostics suite à radios, films, recommandations à un spécialiste, consultations, facturations, justificatifs et courriers d'assurance, ainsi que toutes les pièces que vous ont envoyées d'autres prestataires de soins de santé.</p> <p><input type="checkbox"/> Si cette case est cochée, vous ne devez divulguer que mes informations sur la santé de cette date (inscrivez la date) _____ à cette date (inscrivez la date) _____ et en discuter.</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Inclure : (Indiquez en apposant vos initiales)</b></p> <p>_____ Informations relatives au traitement contre l'abus d'alcool/de drogues</p> <p>_____ Renseignements relatifs aux troubles mentaux</p> <p>_____ Informations relatives à une infection par le VIH/SIDA</p> </div>
<p>8. RAISON POUR LA TRANSMISSION DES DONNÉES : CETTE INFORMATION EST TRANSMISE SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :</p>	<p>9. CETTE AUTORISATION N'EST PLUS VALABLE DÈS L'INSTANT OÙ LE PATIENT N'EST PLUS UN ÉLÈVE D'UNE ÉCOLE OU D'UN PROGRAMME DU NYCDOE OU NE REÇOIT PLUS LES SERVICES DE L'OSH À MOINS QU'IL N'EN SOIT SPÉCIFIÉ AUTREMENT À CE NIVEAU.</p>	
<p>10. À défaut du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :</p>	<p>11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI DE SIGNER AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE SON PARENT OU TUTEUR LÉGAL OU TEL QUE PRÉCISÉ ICI :</p>	

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été renseignées et on a répondu à toutes mes questions sur le présent document dont une copie m'a été remise.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGALEMENT HABILITE

\_\_\_\_\_  
DATE

\*Le virus de l'immunodéficience humaine à l'origine du SIDA. Le Code de la santé publique de l'État de New York protège les données qui peuvent permettre de déduire logiquement, qu'une personne présente les symptômes d'une infection par le VIH, ou est porteuse du virus, ou d'identifier les individus susceptibles d'y avoir été exposé, ou d'avoir contracté le virus à son contact.

S'il est précisé en rubrique 9 sus-mentionnée une date d'expiration, le formulaire ne sera plus valable à compter de cette date et le parent/tuteur du patient, ou autre personne reconnue par la loi, devra présenter un nouveau formulaire.