

DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS SECTION 504 POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

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 ayant fait la demande _____ Lien avec l'élève _____
 Date de remise de la demande au Coordonnateur 504 _____ Nom du Coordonnateur 504 _____

PARTIE 1 : À remplir par le parent/tuteur de l'élève ; remettre ensuite au Coordonnateur 504 de l'école

Décrivez le problème ci-dessous et précisez comment il affecte la performance scolaire de l'élève :

Indiquez les aménagements demandés en vous basant sur le problème décrit ci-dessus. Prière de consulter le Coordonnateur 504 de l'école si vous avez des questions.

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

* Les demandes faites par des paraprofessionnels doivent être examinées par un médecin du Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health) pour en déterminer la nécessité d'un point de vue médical.

D'autres formulaires doivent être remplis ; prière de vous renseigner auprès du Coordonnateur 504 de votre école.

**Demandes de prise en charge du transport : Un formulaire de demande d'examen médical, accessible sur le site internet du DOE, doit être utilisé pour les aménagements de transport adapté.

Partie 2 : AUTORISATION PARENTALE - À remplir par le parent/tuteur de l'élève avant transmission au Coordonnateur 504 de l'école

Afin de déterminer si votre enfant a droit, ou non, aux aménagements accordés en vertu de la Section 504 de la Loi de 1973 sur la protection et l'insertion des handicapés (Rehabilitation Act), une équipe dite *504 team*, de personnes qui travaillent dans l'établissement scolaire, sera formée pour examiner les éléments du dossier de votre enfant - y compris le rapport du médecin (si cela est jugé utile), les comptes rendus des observations de son comportement et de la manière dont il(elle) accomplit les tâches demandées en classe, ses résultats aux évaluations et examens, ainsi que d'autres données. Si votre enfant remplit les conditions requises pour bénéficier des aménagements, on élaborera un plan dit *504 plan* qui décrira les modifications et adaptations à mettre en place, avec votre consentement et en tenant compte de votre avis. Le plan 504 peut être revu à tout moment, mais il doit faire l'objet d'une nouvelle autorisation au moins chaque année scolaire.

En signant ce formulaire, vous donnez votre permission pour que l'équipe 504 étudie les pièces relatives au cas de votre enfant et prenne les mesures nécessaires permettant de savoir si ce(cette) dernier(ère) a droit à des aménagements. Vous reconnaissez aussi avoir fourni, du mieux que vous pouvez, les informations les plus complètes et détaillées possible, et que le Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health - OSH), le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE), leurs mandataires et employés s'appuieront sur l'exactitude des données transmises pour déterminer si votre enfant peut, oui ou non, et dans quelle mesure, bénéficier d'aménagements mis en place au titre de la Section 504. De surcroît, vous autorisez, par le présent document, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, à contacter, à consulter tout prestataire de soins médicaux (médecin et/ou spécialiste) et/ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à votre enfant, et à obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments et/ou son traitement.

Formulaire HIPAA rempli ci-joint (**EXIGÉ POUR L'EXAMEN ; LES PARENTS DOIVENT REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE**).

Nom du parent/tuteur _____ N° de téléphone (où vous joindre en journée) _____

Signature du parent/tuteur d'élève _____ Date _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

Nom du patient	Date de naissance	N° d'identifiant du patient
Adresse du patient		

La personne habilitée à me représenter, ou moi-même, demande, à ce que les informations médicales, relatives aux soins et traitement que je reçois, soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : En vertu des lois et réglementations de l'État de New York et de la clause de protection de la vie privée de la Loi HIPAA de 1996 régissant transférabilité et responsabilités de couverture des frais de santé (Health Insurance Portability and Accountability Act), je déclare avoir compris que :

1. Du simple fait d'apposer mes initiales en face de la catégorie applicable de la rubrique 7, je peux autoriser, par la présente, la divulgation de données relatives à **L'ABUS D'ALCOOL et AUTRES DROGUES, à UN TRAITEMENT POUR TROUBLES MENTAUX**, notes prises durant une psychothérapie exclues, et/ou aux **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR UNE INFECTION PAR LE VIH***. 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).
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, il est défendu au 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 susceptibles de recevoir ou d'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 d'annuler 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. Signer cette autorisation n'est pas une condition requise pour recevoir mon traitement, paiement, avoir une couverture santé ou droit à des prestations.
5. Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par DOHMH (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle diffusion peut ne plus être restreinte par les protections prévues par la législation fédérale et de l'État.
6. **J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CETTE INFORMATION ET EN DISCUTER AVEC LE DEPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE MENTALE DE LA VILLE DE NEW YORK.**

7. Données spécifiques à transmettre et à discuter :

L'intégralité du dossier médical (par écrit ou oralement), comprenant l'historique médical, les notes du cabinet (sauf celles prises durant une psychothérapie), résultats des tests, diagnostics suite à radios, films, demandes de prises en charge, consultations, facturations, justificatifs et courriers d'assurance, ainsi que toutes les pièces que vous ont envoyées d'autres prestataires de soins de santé.

Si cette case est cochée, prière de ne transmettre et discuter que la partie du dossier médical comprise entre (insérer la date) _____ et (insérer la date) _____

Autre : _____

Inclure : (Indiquez en apposant vos initiales)

_____ Traitement contre l'abus d'alcool/de drogues

_____ Données relatives à des troubles mentaux

_____ Informations relatives à une infection par le VIH/SIDA

<p>8. MOTIF DE 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 NE SERA PLUS VALABLE APRÈS UN (1) AN À COMPTER DE LA DATE OÙ ELLE A ÉTÉ SIGNÉE PAR LE PATIENT OU SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :</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

*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 de l'avoir exposée, ou d'avoir contracté, le virus à son contact.