

# DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS SECTION 504 POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

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 \_\_\_\_\_  
 # Téléphone du Coordinateur Plan 504 \_\_\_\_\_  
 L'élève a-t-il un Programme d'Éducation personnalisé (IEP)?     Oui     Non

## Partie 1 : Le parent/tuteur doit remplir cette case et la soumettre au Coordinateur Plan 504 de l'établissement scolaire

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

*Demandez des aménagements en vous basant sur les motifs de préoccupation indiqués préalablement. Pour toute question, prière de consulter le Coordinateur 504 de l'école que vous fréquentez.*

Demande d'aménagement(s) <i>Marquez tous les aménagements demandés :</i>		<i>For school use only</i>	
		New	Renewal
<b>Contrôles et examens</b>	<input type="checkbox"/> Calendrier d'examen/durée d'examen (plus de temps, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aménagements (Accommodations)</b>	<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"/>
	<b>Salle de classe/ Contenu des programmes scolaires</b>	<input type="checkbox"/> Calendrier des cours/emploi du temps	<input type="checkbox"/>
<b>Aménagements (Accommodations)</b>	<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"/>
<b>Soutien scolaire et autres services</b>	<input type="checkbox"/> Paraprofessionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Services de soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Moyens de transport ( <i>veuillez remplir le formulaire OPT Medical Exception Request</i> )	<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"/>

Lorsqu'il faut qu'un élève prenne des médicaments pendant la journée scolaire et qu'il ne puisse pas le faire seul, l'infirmier(ère) de l'école en général les lui donne. Les requêtes de services d'un infirmier pour un seul élève, ou de l'affectation d'un paraprofessionnel à un élève, et les moyens de transport seront considérées au cas par cas. Les demandes doivent être examinées par un Professionnel du Bureau de la santé scolaire (OSH) afin de voir dans quelle mesure ces services sont nécessaires d'un point de vue médical. D'autres formulaires doivent être remplis ; prière de vous renseigner auprès du Coordinateur Plan 504 de votre école.

## Partie 2 : AUTORISATION DU PARENT - Le parent/tuteur doit répondre à ces questions avant de les présenter au Coordinateur Plan 504 de l'établissement scolaire

Il se peut que votre enfant ait droit aux aménagements offerts au titre de la Section 504 de la Loi de 1973 sur la protection et l'insertion des handicapés. L'équipe Plan 504 de votre école organisera une réunion pour examiner les dossiers de votre enfant, ses devoirs, les observations en milieu scolaire, ses notes aux examens, et une déclaration d'un professionnel de la santé. Si votre enfant a droit à ces services en fonction de cet examen, l'équipe vous demandera votre autorisation pour mettre en place un plan d'aménagements 504 avec votre aide. Le plan 504 peut être revu à tout moment de l'année, **mais il doit être de nouveau approuvé chaque année scolaire.**

En signant ce formulaire : 1) vous donnez à l'équipe 504 l'autorisation d'examiner les dossiers de votre enfant et de décider de l'éligibilité de votre enfant aux aménagements. 2) Vous confirmez que vous avez fait de votre mieux pour donner toutes les informations demandées. 3) Vous savez bien que l'OSH, et le Département de l'Éducation (DOE) estiment que les informations que vous leur avez données sur le formulaire sont exactes pour se consacrer à l'examen et prendre des décisions. 4) Vous comprenez bien que l'OSH et le DOE peuvent obtenir toute autre information qu'ils jugent nécessaires au sujet de la santé de votre enfant, des médicaments qu'il prend ou des traitements qu'il suit. L'OSH peut obtenir des informations de tout médecin, infirmier, ou pharmacien qui aurait offert des soins médicaux à votre enfant.

**Remplissez le formulaire HIPAA ci-joint (REQUIS POUR L'EXAMEN) LES PARENTS DOIVENT RENSEIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE).**

Nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone en journée \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES EN VERTU DE 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 traitement que je reçois, soient transmises selon les modalités inscrites sur ce formulaire : 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 de 1996 régissant transférabilité et responsabilités de couverture des frais de santé (Health Insurance Portability and Accountability Act\_HIPAA), je déclare avoir compris que :

1. Du fait d'apposer mes initiales dans la catégorie applicable en rubrique 7, je peux autoriser, par la présente, la divulgation de données relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et d'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 un type quelconque de ces informations, et que j'appose mes initiales dans 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 (NYCDOHMH), et au Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYCDOE), qui conjointement gère le Bureau de la santé scolaire (OSH).
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 auxquels j'ai donné l'autorisation de divulguer mes données. Je comprends bien 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 je signe cette autorisation de bon gré. Signer cette autorisation n'est pas une condition requise pour les soins de traitement que je reçois, le paiement de mes frais de santé, l'éligibilité à la couverture santé ou mon droit à des prestations.
5. Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH ou le DOE (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle divulgation des données 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 CES DONNÉES AU NYCDOHMH ET AU NYCDOE ET EN DISCUTER AVEC EUX.**

7. Données spécifiques à transmettre et à discuter :

Toutes les données médicales (écrites et orales) notamment les historiques du patient, les notes de la clinique, (les notes prises au cours des entretiens psychothérapeutiques exclues), les résultats d'examen médicaux, études radiologiques, films, prises en charge, consultations, dossiers de facturation, justificatifs et courriers d'assurance, et les dossiers que d'autres médecins envoient à mes médecins.

Si cette case est cochée, prière de transmettre les données médicales indiquées ci-après et d'en discuter : \_\_\_\_\_

*(Utilisez cette case si vous ne voulez pas qu'on transmette ou qu'on divulgue l'intégralité du dossier. Utilisez la rubrique 9 ci-après pour indiquer pendant combien de temps ce formulaire sera valable)*

**Inclure : (Indiquez en apposant vos initiales)**

\_\_\_\_\_ Données relatives à l'abus d'alcool/de drogues *Précisez les dossiers à divulguer et l'organisme auquel les envoyer :* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Données relatives à la santé mentale

\_\_\_\_\_ Données relatives au VIH/SIDA

8. MOTIF DE LA TRANSMISSION DES DONNÉES : CETTE INFORMATION EST TRANSMISE SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :	9. CETTE AUTORISATION N'EST PLUS VALABLE DÈS L'INSTANT QUE LE PATIENT NE FRÉQUENTE PLUS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE OU UN PROGRAMME GÉRÉ PAR LE DOE OU AUQUEL L'OSH PROPOSE DES SERVICES, SAUF INDICATION CONTRAIRE**:
10. À défaut du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :	11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI DE LE FAIRE AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE PARENT OU TUTEUR LÉGAL OU COMME INDIQUÉ ICI :

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

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT OR REPRÉSENTANT LÉGALEMENT HABILITÉ

\_\_\_\_\_  
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 d'y avoir été exposés, ou de l'avoir contracté à son contact.

\*\*Au cas où il y aurait une date d'expiration dans la rubrique 9, ce formulaire ne sera plus valable en cette date et le parent/tuteur du patient ou autre personne habilitée légalement devra en soumettre un autre.