FORMULAIRE PARENTAL 2025-2026 POUR DES SERVICES DE SANTÉ/AMÉNAGEMENTS DE LA SECTION 504

Nom de l'élève _____ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) _____ 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 à la direction de la Section 504/à l'équipe IEP _____ Responsable Section 504/responsable IEP _____

L'élève est actuellement titulaire d'un IEP ? Oui Non E-mail du ou de la responsable Section 504/IEP _____

Le parent/tuteur/la tutrice doit remplir et soumettre le formulaire à la personne coordonnant la Section 504 ou à l'équipe IEP de l'école.

Part. 1 : raison pour la demande d'aménagements (Décrivez ci-dessous le problème et précisez comment il affecte les résultats scolaires de l'élève) :

Demandez des aménagements selon les problèmes ci-dessus. Contactez la personne coordonnant la Section 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 ou modification <i>Réservé à l'usage de l'école</i>	Renouvellement sans modification <i>Réservé à l'usage de l'école</i>
Aménagements des conditions d'examen ☐ Calendrier d'examen/durée d'examen (ex. : durée prolongée) ☐ Cadre/lieu d'examen ☐ Méthode de présentation/instructions/technologie d'assistance ☐ Méthode de réponse au test/aide en matière de contenu ☐ Autre (veuillez préciser) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Aménagements de la salle de classe/du programme scolaire ☐ Emploi du temps de la classe/utilisation du temps ☐ Cadre des activités en classe ☐ Méthode de présentation/instructions/ technologie ☐ Méthode de réponse lors d'activités en classe/aide en matière de contenu ☐ Autre (veuillez préciser) _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Soutiens en matière de santé Paraprofessionnels ☐ 1:1 Paraprofessionnel/paraprofessionnelle ☐ Autre/paraprofessionnel(le) partagée : (veuillez préciser) _____ Services infirmiers (soumettez le MAF au personnel infirmier scolaire) ☐ 1:1 personnel infirmier ☐ Personnel infirmier scolaire	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Transport ☐ Transport pour un problème de santé à long terme ou chronique (soumettez le MARF dûment complété) (Si la demande du transport est pour un problème de santé temporaire ou une mobilité réduite à court terme, envoyez le formulaire de demande de transport à court terme/temporaire à 504TransportationRequest@schools.nyc.gov au lieu d'envoyer ce formulaire de demande parentale)	☐	☐
Autres services ☐ Safety Net (lycée uniquement) ☐ Autre (veuillez préciser) _____	☐ ☐	☐ ☐

Si l'élève a besoin de médicaments au cours de la journée scolaire et ne peut pas se les administrer en toute autonomie, l'infirmier/infirmière scolaire les lui administrera ; le formulaire d'administration de médicaments doit être soumis à l'infirmier/infirmière scolaire. 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 la personne coordonnant la Section 504 ou l'équipe IEP de votre école. 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 à la personne coordonnant la Section 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 sur la réadaptation de 1973. 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, ses résultats aux tests et 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 examiner les dossiers de mon enfant et décider de son 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 infirmiers 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 (MM/JJ/AAAA)** _____

AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du patient/de la patiente	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Numéro d'identifiant du patient/de la patiente/# OSIS
Adresse du patient/de la patiente		

Je, ou la personne autorisée à me représenter, demande 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 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 transmission 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 à la suite de la transmission ou de 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 (888) 392-3644 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 TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS ET À EN DISCUTER AVEC LE DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE MENTALE 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.

Pour les patients présentant l'une des conditions médicales indiquées ci-dessous, apposez vos initiales pour autoriser la transmission d'informations : (indiquez-la 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

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)

8. MOTIF DE TRANSMISSION DES DONNÉES : CES INFORMATIONS SONT TRANSMISES SUR DEMANDE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU DE SON REPRÉSENTANT/SA REPRÉSENTANTE AUTORISÉ(E) PAR LA LOI, SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :	9. CETTE AUTORISATION EST VALABLE JUSQU'À LA DATE À LAQUELLE LE PATIENT/LA PATIENTE NE FRÉQUENTE PLUS UNE ÉCOLE OU UN PROGRAMME GÉRÉ(E) PAR LE DOE OU NE BÉNÉFICIE PLUS DES SERVICES DU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE, SAUF SI UNE DATE D'EXPIRATION EST INDICUÉE ICI :
10. À DÉFAUT DU PATIENT/DE LA PATIENTE, NOM EN MAJUSCULES DE LA PERSONNE SIGNANT LE FORMULAIRE : (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE)	11. LIEN AVEC LE PATIENT/LA PATIENTE : ☐ Patient/patiente ☐ Parent/tuteur/tutrice ☐ Autre (veuillez préciser ci-dessous)

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

SIGNATURE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU DE SON REPRÉSENTANT/SA REPRÉSENTANTE
AYANT L'AUTORISATION LÉGALE

DATE (MM/JJ/AAAA)

*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 comme 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/de la patiente ou toutes les autres personnes autorisées par la loi.