

Enseignement adapté pour raisons médicales : Formulaire de demande de l'élève

Pour demander des services d'enseignement adapté pour raisons médicales, le parent/tuteur ou la tutrice de l'élève doit en informer le conseiller d'orientation de l'école et coopérer avec l'école que fréquente l'enfant pour soumettre les documents suivants. (Les lycéens doivent également soumettre leur dossier permanent, le programme qu'ils suivent et leur relevé de notes).

Il faut joindre les formulaires suivants à une demande dûment remplie de candidature à l'enseignement adapté pour raisons médicales :

1. *Le formulaire de recommandation pour l'enseignement adapté pour raisons médicales (Medically Necessary Instruction Referral)* (à remplir par l'école que fréquente l'élève)
2. *Le formulaire médical de recommandation pour l'enseignement adapté pour raisons médicales (Medically Necessary Instruction Medical Referral Form)* (à remplir par un médecin)
3. *L'autorisation de transmission de dossiers médicaux (Authorization for release of medical records-HIPAA)* (à remplir par le parent / l'élève)
 - a. Veuillez remplir la partie supérieure du formulaire en y indiquant le nom, l'adresse et la date de naissance (DOB) du patient (de l'élève).
 - b. Veuillez ne pas remplir les cases 7 et 8 du formulaire à moins que vous ne souhaitiez limiter les informations médicales fournies au Département de l'Éducation (DOE). Veuillez noter que le fait de limiter l'autorisation pourrait causer des délais au niveau de l'examen et/ou de l'approbation de la demande.
 - c. Veuillez remplir les cases 10 et 11, le cas échéant.
 - d. Veuillez signer et dater le formulaire. Si l'élève est âgé de 18 ans au moins et s'il/si elle peut signer le formulaire lui/elle-même, il/elle DOIT le signer.

Le fait de soumettre les documents de la demande ne vous garantit pas l'approbation des services.

- Pour en savoir plus sur le processus de demande et l'admissibilité au programme, veuillez-vous rendre sur le site schools.nyc.gov/learning/programs/medically-necessary-instruction
- Pour éviter tout retard au niveau du processus de candidature, veillez à ce que toutes les informations pertinentes soient fournies.
- Veillez à remplir TOUTES les pages de la demande.
- Toutes les recommandations faites pour des raisons psychiatriques doivent provenir d'un PSYCHIATRE.
- Veuillez envoyer les documents ci-dessus mentionnés après les avoir remplis à l'adresse hiapply@schools.nyc.gov ou par fax au (718) 472-6113.

REMARQUE : L'enseignement adapté pour raisons médicales n'est pas disponible aux élèves qui ne peuvent pas aller à l'école parce qu'ils ne satisfont pas aux exigences de vaccination. Les parents d'élève doivent contacter l'Office of Home Schooling pour des informations supplémentaires au (917) 339-1793 ou à homeschool@schools.nyc.gov.

L'enseignement adapté pour raisons médicales (Medically Necessary Instruction) est en général offert à l'élève en personne chez lui/elle en présence d'un adulte. On peut dispenser l'instruction à distance à la discrétion du/de la Directeur/Directrice du Système scolaire d'enseignement à domicile (Home Instruction Schools) selon les besoins de l'élève et le nombre d'élèves qui peuvent participer au programme.

Medically Necessary Instruction Referral Form

Medically Necessary Instruction applications **MUST** also include:

1. A Medically Necessary Instruction *Medical Referral Form* completed by treating physician or psychiatrist.
2. A completed and signed *HIPPA* form (NYC Dept of Health and Mental Hygeine.)
3. A *Family Request Form for In-Person Services in Medically Necessary Instruction* completed by a parent.

Send all COMPLETE forms for the application to hiapply@schools.nyc.gov or faxed to (718) 472-6113.

Student Information

Student Name: _____ OSIS#: _____ Date: _____
 Date of Birth: _____ Home Distrcit: _____ Grade: _____ IEP: ___ Yes ___ No
 Address: _____ Apt: _____ Borough: _____
 Parent / Guardian: _____ Email: _____
 Home Phone: _____ Cell Phone: _____
 Special Alerts or additional information: _____
 ATS Immunization Code: _____

Student's School: _____ **Principal:** _____
 School Contact: _____ Phone: _____ Ext: _____
 Email: _____ Room: _____ Fax: _____
 Guidance Counselor: _____ Phone: _____ Ext: _____
 Email: _____ Room: _____ Fax: _____

HS Students Only (HS Students receiving one-to-one instruction are eligible to receive up to 4 credits)

Course Title: _____ Code: _____ Regent: ___ Yes ___ NO Month: _____
 Course Title: _____ Code: _____ Regent: ___ Yes ___ NO Month: _____
 Course Title: _____ Code: _____ Regent: ___ Yes ___ NO Month: _____
 Course Title: _____ Code: _____ Regent: ___ Yes ___ NO Month: _____
 Course Title: _____ Code: _____ Regent: ___ Yes ___ NO Month: _____

Special Circumstances (i.g. ACS, legal, advocate)

Agency _____ Contact: _____
 Phone: _____ Ext: _____ Email: _____
 Agency _____ Contact: _____
 Phone: _____ Ext: _____ Email: _____

MEDICAL REFERRAL FOR MEDICALLY NECESSARY INSTRUCTION
 (To be completed by the Student's Treating Physician and/or Psychiatrist)

Student's name (Last, First)	DOB
------------------------------	-----

Is under my care for the following (Diagnosis):

Please provide detailed and specific information defining the limitations that the student has in order to inform the Department of Education about the necessity of Medically Necessary Instruction services. Attach additional documentation as needed.

I hereby request that this child receive Medically Necessary Instruction because of the above limitations due to this/these diagnosis/es which preclude this child's attending school.

This request is based on: parental request my professional opinion
 other _____

I request that Medically Necessary Instruction be provided for _____ weeks (no less than 4 weeks)

Practitioner's Name (print)	Degree
Practitioner's Original Signature	Date of Signature
License	

CONTACT INFORMATION

Telephone#	Extension	Email
Cell phone#	Pager#	

Times/hours I can be reached: Mon _____ Tues _____ Wed _____ Thurs _____ Friday _____

<input type="checkbox"/> Attending Physician or fellow <input type="checkbox"/> Psychiatrist <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <input type="checkbox"/> Oral Surgeon <input type="checkbox"/> Podiatrist	other _____	PRACTITIONER'S STAMP
--	-------------	----------------------

NOTE: Residents are not allowed to complete this form.

All referrals should be sent to hiapply@schools.nyc.gov or faxed to (718) 472-6113

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 TOUS 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.