

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT RAISONNABLE (French)

**INSTRUCTIONS** : les clients doivent remplir la Section I et remettre le présent formulaire ainsi que tout justificatif au directeur ou à la directrice de l'établissement/du programme, ou son équivalent (le « directeur/la directrice »). Le Département des services pour les sans-abri (Department of Homeless Services, DHS) et les membres du personnel doivent proposer d'aider le client à remplir ce formulaire.

**Section I : cette section doit être remplie par ou avec le client.**

Nom : \_\_\_\_\_

Établissement/Programme : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification client(e)/  
numéro de Sécurité sociale (SSN) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Veillez décrire l'aménagement demandé (veuillez joindre tout justificatif, le cas échéant).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section II Instructions:** Any Director receiving a completed form with disability-related documentation must complete Section II, return a copy to the client, and immediately transmit by email or fax the request and supporting documents to the appropriate Program Administrator. Supporting documentation is not required if the disability is obvious/apparent or otherwise known to DHS.

**Section II: To be completed by the Facility Director or designee.**

Name/Title: \_\_\_\_\_

Facility/Program: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date Received: \_\_\_\_\_

I discussed the HIPAA form with the client and the client consented to complete a HIPAA form.

I discussed the HIPAA form with the client and the client declined to complete a HIPAA form.

Signature: \_\_\_\_\_

**After completing, provide a copy of this form to the client.**

**(Tourner la page)**

## AUTORISATION HIPAA POUR LA DIVULGATION DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

Nom du client _____
Date de naissance _____ Référence de dossier _____
Les quatre derniers chiffres de votre numéro de Sécurité sociale _____

Je demande, ou mon représentant autorisé demande, que les informations concernant mes soins médicaux et mon traitement soient divulguées comme établies ci-dessous. La loi sur la transférabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 régit la confidentialité de mes données de santé protégées (collectivement, les « dossiers médicaux »).

Avant de signer, je comprends que :

1. Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives à un traitement contre **L'ALCOOLISME** et la **TOXICOMANIE**, un **TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE**, à l'exception des notes de psychothérapie, ainsi que des **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES<sup>1</sup> AU VIH**. Ces informations seront communiquées uniquement si je paraphe dans les cases appropriées du point 8(a).
2. Je peux demander la liste des personnes qui sont susceptibles d'obtenir ou d'utiliser mes données en matière de VIH sans mon consentement. Si je suis victime de discrimination suite à la divulgation de vos données en matière de VIH, je peux prendre contact avec la Division des droits de l'homme (Division of Human Rights) de l'État de New York au **(888) 392-3644** ou la Commission des droits de l'homme (Commission of Human Rights) de la ville de New York au **(212) 416-0197**. Elles sont chargées de protéger mes droits.
3. La signature de ce formulaire de consentement est volontaire. Mon traitement médical, le paiement de mes soins de santé, ma souscription à un régime d'assurance ou mon admissibilité à l'hébergement ne seront pas subordonnés à mon autorisation de cette divulgation. Toutefois, si je ne le signe pas et que je n'ai pas soumis de documents avec ma demande d'aménagement raisonnable, ma demande d'aménagement raisonnable peut être refusée parce que le Département des services pour les sans-abri (Department of Homeless Services, DHS) de la ville de New York ne disposait pas de documents justificatifs ou d'informations à examiner.
4. Je peux changer d'avis à tout moment, sauf pour les informations qui ont déjà été divulguées. Pour cela, je dois en avertir par écrit le directeur de mon centre d'hébergement ou établissement.
5. Les informations sur ma santé partagées dans le cadre de ce consentement peuvent être communiquées à nouveau par le DHS. La confidentialité de ces informations peut ne plus être protégée par la législation fédérale ou étatique.

**(Tourner la page)**

<sup>1</sup> Le virus de l'immunodéficience humaine est à l'origine du SIDA. La Loi de santé publique de l'État de New York protège les informations qui pourraient raisonnablement identifier une personne comme étant atteinte du VIH ou présentant les symptômes associés au VIH, ainsi que les informations concernant les contacts d'une personne.

## AUTORISATION DE PARTAGER LE DOSSIER MÉDICAL

6. Nom et adresse du prestataire de soins de santé qui communique ces informations :

---

---

---

7. Ce prestataire de soins de santé enverra ce dossier à : **NYC Department of Social Services, Customized Assistance Services, Office of Reasonable Accommodations, 150 Greenwich Street, 30th floor, New York, NY 10007.**

8(a). Informations à divulguer : **dossiers médicaux de l'année complète avant la date de signature ci-dessous.** Incluent (*indication par paragraphe*) :

- Traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie  
 Informations relatives à un trouble de la santé mentale     Informations relatives au VIH

8(b). En paraphant ici \_\_\_\_\_, j'autorise \_\_\_\_\_  
(Initiales) (Nom du prestataire de soins de santé de la personne)  
à discuter de mes informations médicales avec le **Département des services sociaux de la ville de New York.**

9. Motif de la divulgation des informations : **sur demande du patient/de la patiente uniquement aux fins de demande d'aménagement raisonnable.**

10. Date d'expiration : **un an à compter de la date de la signature.**

Tous les paragraphes de ce formulaire ont été dûment remplis et la personne a répondu à mes questions concernant ce formulaire. J'ai bien reçu un exemplaire du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou de son représentant autorisé légal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Si vous n'êtes pas le patient/la patiente, nom de la personne qui signe le formulaire

\_\_\_\_\_  
Autorité à signer au nom du patient/de la patiente :

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone auquel me joindre le plus facilement