



**Adulte valide sans personne à charge
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Attestation médicale
(French)**

Informations sur le/la client(e)/patient(e)

Nom du/de la client(e)/patient(e) : _____

Adresse : _____

Numéro de dossier : _____ Numéro d'identification client(e) (Client Identification Number, CIN) : _____ Date de naissance : _____

Autorisation du/de la client(e)/patient(e)

J'autorise la divulgation des informations médicales et/ou de la documentation relative à la participation à un Programme de réadaptation pour toxicomanes demandée par le Département des services sociaux (Department of Social Services, DSS). Je comprends que ces informations seront traitées de manière confidentielle.

Signature du/de la client(e)

Date

Professionnels de la santé:

La personne susmentionnée demande une vérification de son état de santé ou de sa participation à un programme. Veuillez remplir ce formulaire et le renvoyer, signé et complété, à la personne concernée. Des instructions lui ont été fournies sur la manière de renvoyer le formulaire au DSS.

Veuillez répondre aux questions ci-dessous qui s'appliquent à votre cas. Veuillez signer et dater ce formulaire. Indiquez votre profession ou votre poste dans votre organisation. *

- 1) Cette personne est-elle enceinte ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Sans objet
Si oui, date prévue : _____ / _____ / _____

- 2) Cette personne participe-t-elle à un programme de traitement de la toxicomanie, de réadaptation ou de conseil en matière de consommation de substances psychoactives ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est la date prévue de terme du programme : _____ / _____ / _____

- 3) Cette personne a-t-elle un état de santé mentale et/ou physique temporaire ou permanent qui limite sa capacité à travailler 20 heures ou plus par semaine (80 heures par mois) ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer la période pendant laquelle la personne sera en incapacité de travailler 20 heures ou plus par semaine (80 heures par mois) en raison de cet état :

- ☐ moins de 30 jours ☐ 1 à 3 mois ☐ 4 à 6 mois
☐ 6 à 12 mois ☐ plus de 12 mois/ou pour une durée indéterminée

(Tourner la page)

Adulte valide sans personne à charge
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)
Attestation médicale (suite)

Je certifie que les informations communiquées à la page précédente sont véridiques et exactes.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Fonction/Profession *

Adresse

Numéro de téléphone

Signature

_____/_____/_____
Date de signature du formulaire

- ★ Ce formulaire peut être signé par l'une des personnes suivantes : médecin, assistant(e) médical(e), infirmier(ère) praticien(ne), ostéopathe, psychologue agréé(e) ou certifié(e), conseiller(ère) en consommation de substances psychoactives, conseiller(ère) certifié(e) en santé mentale, travailleur(euse) social(e) clinique indépendant(e) agréé(e), travailleur(euse) social(e) certifié(e) agréé(e) et sage-femme certifiée. Pour vérifier la participation d'une personne à un programme de réadaptation ou de conseil (question n° 2), le/la directeur(trice) du programme ou le/la conseiller(ère) de la personne peut également signer cette déclaration.

(Tourner la page)

Professionnels de la santé:

Vous pouvez aider les adultes ayant un handicap ou une maladie à conserver leurs allocations du programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Les prestations SNAP (anciennement coupons alimentaires) permettent aux personnes à faible revenu d'acheter la nourriture dont elles ont besoin. De nombreux bénéficiaires du SNAP âgés de 18 à 64 ans qui ne vivent pas avec un enfant de moins de 14 ans dans le foyer SNAP risquent de perdre leurs prestations SNAP en raison d'une règle SNAP appelée « limite de temps pour ABAWD ». Cette règle limite l'admissibilité au SNAP à trois mois, sauf si la personne travaille ou participe à certaines activités professionnelles pendant au moins 20 heures par semaine.

Avec seulement quelques minutes de votre temps, vous pouvez facilement aider.

Une personne qui ne peut pas travailler 20 heures ou plus par semaine en raison d'un problème de santé physique ou mentale n'est pas considérée comme ayant le statut ABAWD.

Foire aux questions:

Quelle est la définition d'une personne physiquement ou mentalement « inapte au travail » selon la règle ABAWD ?

Être déterminé(e) physiquement ou mentalement inapte au travail est un motif d'exemption plus large que d'être handicapé(e). Une personne est considérée comme physiquement ou mentalement inapte au travail si elle a une maladie, une blessure ou toute autre limitation mentale ou physique, temporaire ou permanente, qui ne lui permet pas de travailler au moins 20 heures par semaine d'après les exigences des règles fédérales de limite de temps de travail applicables au statut ABAWD. Certain(e)s patient(e)s présentent des conditions de santé mentale ou physique qui les empêchent de travailler totalement ; d'autres ont des conditions qui leur permettent de travailler sans être en mesure de travailler à temps plein, ou même 20 heures par semaine. Ce critère est beaucoup moins strict que celui de la Sécurité Sociale (Social Security) pour l'invalidité et ne nécessite pas de diagnostic spécifique.

Comment vérifier que mon/ma patient(e) est « physiquement ou inapte au travail » en fonction de son état ?

Remplissez le formulaire d'attestation médicale ABAWD recto-verso. Incluez le délai prévu de la condition et votre signature. **Ce formulaire peut être signé par l'une des personnes suivantes :** médecin, assistant(e) médical(e), infirmier(ère) praticien(ne), ostéopathe, psychologue agréé(e) ou certifié(e), conseiller(ère) en consommation de substances psychoactives, conseiller(ère) certifié(e) en santé mentale, travailleur(euse) social(e) clinique indépendant(e) agréé(e), travailleur(euse) social(e) certifié(e) agréé(e) et sage-femme certifiée. Pour vérifier la participation d'une personne à un programme de réadaptation ou de conseil (**Question n° 2**), le/la directeur(trice) du programme ou le/la conseiller(ère) de la personne peut également signer cette déclaration.