

REPLI PAR LE BUREAU D'EXAMEN DES HANDICAPS DE L'ÉTAT DE
NEW YORK :

NOM :
Prénom: _____
Deuxième prénom: _____
Nom de famille: _____
Numéro de Sécurité sociale (4 derniers chiffres): _____
Date de naissance: _____
N° de téléphone: _____

Case Number: _____
Client ID Number (CIN): _____
Disability ID Number (DIN): _____
Medicaid application date: _____
Medicaid Waiver? Yes No
Waiver type: _____

Avez-vous déjà effectué une demande en vue de bénéficier de prestations d'invalidité auprès de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA)? Oui Non

Si « oui », quand ? (mois/année) _____ Date de décision de la SSA: (mois/année) _____

Quelle décision a été prise? _____

En cas de refus des prestations, quel était le motif invoqué (médical ou non médical)? _____

Avez-vous fait appel de la décision? Oui Non Si la réponse est « oui », quand ? (mois/année) _____

PARTIE I – INFORMATIONS CONCERNANT VOS PATHOLOGIES MÉDICALES

A. Veuillez dresser la liste de toutes vos pathologies médicales (diagnostiquées):

B. De quelle manière vos pathologies médicales ont-elles un impact sur vos capacités fonctionnelles? (Veuillez inclure toute limitation de votre capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et des activités professionnelles.)

C. Veuillez dresser la liste de tous les médicaments que vous prenez (ou joindre une liste).

PARTIE II – INFORMATIONS CONCERNANT VOS DOSSIERS MÉDICAUX

Afin d'établir l'existence d'un handicap, des éléments de preuve médicaux récents sont nécessaires pour évaluer vos déficiences physiques et/ou mentales. Si vous n'avez pas consulté de prestataire médical pour votre ou vos handicaps au cours des 12 derniers mois, une consultation pour examen peut être organisée pour vous par l'agence locale.

A. Êtes-vous suivi(e) par un prestataire de soins primaires? Oui Non
(Si la réponse est « oui », veuillez préciser son nom, adresse et numéro de téléphone.)

Date de la dernière consultation (mois/année) : _____

B. Avez-vous consulté d'autres prestataires médicaux au cours des 12 derniers mois? Oui Non
(Si la réponse est « oui », veuillez remplir la rubrique ci-dessous.)

Merci d'indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les prestataires médicaux que vous avez consultés au cours des 12 derniers mois (médecins, infirmiers/infirmières ou auxiliaires médicaux, conseillers/conseillères en santé mentale, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, etc.). (Des formulaires complémentaires sont disponibles.)

Nom :	Numéro de téléphone :	Adresse :
Motif de la consultation :		
Nom :	Numéro de téléphone :	Adresse :
Motif de la consultation :		
Nom :	Numéro de téléphone :	Adresse :
Motif de la consultation :		

C. Avez-vous reçu des soins médicaux dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé au cours des 12 derniers mois?
 Oui Non
(Si la réponse est « oui », veuillez remplir la rubrique ci-dessous.)

Veuillez préciser le nom et l'adresse de tous les hôpitaux et autres établissements médicaux où vous avez sollicité un traitement au cours des 12 derniers mois. (Des formulaires complémentaires sont disponibles.)

Nom :	Adresse :
Motif :	
Nom :	Adresse :
Motif :	
Nom :	Adresse :
Motif :	

D. Avez-vous reçu des services de la part d'agences pour vous aider avec votre ou vos déficiences au cours des 12 derniers mois?
 Oui Non
(Si la réponse est « oui », veuillez remplir la rubrique ci-dessous.)

Veuillez préciser le nom et l'adresse de toutes les autres agences auprès desquelles vous avez sollicité de l'aide concernant vos pathologies médicales au cours des 12 derniers mois (par exemple, agences de réadaptation professionnelle, agences d'aide à l'emploi ou d'aide au logement, agences de gestion de dossiers, etc.).

Nom :	Adresse :
Motif :	
Nom :	Adresse :
Motif :	
Nom :	Adresse :
Motif :	

PARTIE III – INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SCOLARITÉ ET VOTRE NIVEAU D'ALPHABÉTISATION

S'il s'avère impossible d'établir l'existence d'un handicap sur la base de vos pathologies médicales seulement, les facteurs relatifs à votre scolarité, votre alphabétisation et votre parcours professionnel seront utilisés pour déterminer l'existence d'un handicap.

A. Quel est le plus haut niveau de scolarisation que vous avez atteint ? _____

B. Si vous avez un(e) enfant âgé(e) de 21 ans ou moins, inscrit(e) dans un établissement scolaire ou à un programme de formation professionnelle, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'école ou du programme.

Nom de l'école ou du programme : _____

Adresse : _____

Veuillez remplir le formulaire DOH-5173 « Autorisation de communication d'informations médicales conformément à la loi HIPAA » pour cette école ou ce programme.

C. Êtiez-vous (ou êtes-vous) inscrit(e) dans des classes d'éducation spéciale à l'école ? Oui Non

D. Avez-vous bénéficié (ou bénéficiez-vous) d'une aide spéciale ou d'aménagements à l'école ? Oui Non (Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description.)

(Si vous disposez d'une copie de votre Programme d'éducation personnalisé [IEP], merci de l'inclure avec les formulaires renvoyés.)

E. Avez-vous reçu une formation professionnelle ou un complément d'enseignement au cours des 12 derniers mois ? Oui Non (Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description.)

F. Êtes-vous capable de lire un message simple dans une langue, quelle qu'elle soit (comme des consignes simples ou une liste de choses) ? Oui Non

G. Êtes-vous capable d'écrire un message simple dans une langue, quelle qu'elle soit ? Oui Non

H. Avez-vous eu besoin d'aide ou d'un(e) interprète pour remplir ce formulaire ? Oui Non (Si la réponse est « oui », veuillez préciser votre langue principale.)

PARTIE IV – INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE TRAVAIL AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

Avez-vous travaillé au cours des 5 dernières années ? Oui Non

Si la réponse est « oui », veuillez décrire de manière aussi détaillée que possible les emplois (dans la limite de 5) que vous avez occupés CES 5 DERNIÈRES ANNÉES, en commençant par votre poste le plus récent.

Dates d'emploi :	Intitulé du poste :	Type d'entreprise :
Du : _____		
Au : _____	Nombre d'heures par semaine : _____	Taux de rémunération : _____
Veuillez décrire vos tâches principales :		
Au cours d'une journée ordinaire, combien d'heures deviez-vous : Rester debout _____ Marcher _____ Être assis(e) _____		
Quel poids aviez-vous pour habitude de soulever ? _____ livres		
Motif de fin d'emploi :		

Dates d'emploi :	Intitulé du poste :	Type d'entreprise :
Du : _____		
Au : _____	Nombre d'heures par semaine : _____	Taux de rémunération : _____
Veuillez décrire vos tâches principales :		
Au cours d'une journée ordinaire, combien d'heures deviez-vous : Rester debout _____ Marcher _____ Être assis(e) _____		
Quel poids aviez-vous pour habitude de soulever ? _____ livres		
Motif de fin d'emploi :		

Dates d'emploi :	Intitulé du poste :	Type d'entreprise :
Du : _____		
Au : _____	Nombre d'heures par semaine : _____	Taux de rémunération : _____
Veuillez décrire vos tâches principales :		
Au cours d'une journée ordinaire, combien d'heures deviez-vous : Rester debout _____ Marcher _____ Être assis(e) _____		
Quel poids aviez-vous pour habitude de soulever ? _____ livres		
Motif de fin d'emploi :		

PARTIE IV
SUIVE À LA PAGE SUIVANTE

PARTIE IV – INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE TRAVAIL AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES
SUITE

Dates d'emploi :	Intitulé du poste :	Type d'entreprise :
Du : _____		
Au : _____	Nombre d'heures par semaine : _____	Taux de rémunération : _____
Veuillez décrire vos tâches principales :		
Au cours d'une journée ordinaire, combien d'heures deviez-vous : Rester debout _____ Marcher _____ Être assis(e) _____		
Quel poids aviez-vous pour habitude de soulever? _____ livres		
Motif de fin d'emploi :		

Dates d'emploi :	Intitulé du poste :	Type d'entreprise :
Du : _____		
Au : _____	Nombre d'heures par semaine : _____	Taux de rémunération : _____
Veuillez décrire vos tâches principales :		
Au cours d'une journée ordinaire, combien d'heures deviez-vous : Rester debout _____ Marcher _____ Être assis(e) _____		
Quel poids aviez-vous pour habitude de soulever? _____ livres		
Motif de fin d'emploi :		

Nom de la personne qui remplit le formulaire (en caractères d'imprimerie) :	Date :
Numéro de téléphone :	