

**INSTRUCTIONS**

L'auteur(e) de la demande doit remplir le formulaire « Consentement à la divulgation de renseignements médicaux », ci-joint, avant de remettre le présent formulaire à un(e) professionnel(le) de la santé.

Le formulaire « Confirmation de l'invalidité / de la déficience » doit être rempli par un(e) professionnel(le) de la santé qui connaît suffisamment l'auteur(e) de la demande pour faire des observations sur son invalidité ou sa déficience et sur les difficultés qu'il ou elle peut avoir à trouver ou à conserver un emploi.

Les professionnels de la santé qualifiés suivants peuvent remplir ce formulaire :

- Médecin de famille ou autre médecin, y compris un(e) psychiatre
- Physiothérapeute
- Optométriste
- Audiologiste
- Psychologue
- Chiropraticien(ne)
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Infirmier(ère) autorisé(e)

Les personnes suivantes **n'ont pas** à faire remplir ce formulaire :

- Les personnes handicapées bénéficiaires du soutien du revenu du POSPH;
- Les personnes inscrites comme aveugles au sens de la loi auprès de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA).

Les personnes suivantes **pourraient ne pas avoir** à faire remplir ce formulaire (prière de s'enquérir auprès du bureau du POSPH) :

- Les personnes qui fréquentent ou ont fréquenté une école ou un programme de formation pour les étudiants handicapés;
- Les personnes qui ont fait remplir par un(e) professionnel(le) de la santé qualifié(e) un rapport qui confirme leur déficience et répond aux exigences du soutien de l'emploi du POSPH.

**L'auteur(e) de la demande doit remettre les formulaires « Confirmation de l'invalidité/de la déficience et « Consentement à la divulgation de renseignements médicaux » avec le formulaire « Demande de soutien de l'emploi » à la personne nommée ci-dessous.**

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

[http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/social/odsp/employment\\_supports/index.aspx](http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/social/odsp/employment_supports/index.aspx)

Je, \_\_\_\_\_ \*, suis l'auteur(e)  
(nom de l'auteur(e) de la demande en caractères d'imprimerie)

d'une demande de soutien de l'emploi aux termes de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, présentée au ministère des Services sociaux et communautaires de la province de l'Ontario.

Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_  
(nom du (de la) professionnel(le) de la santé en caractères d'imprimerie)

à divulguer à des représentants du ministère des Services sociaux et communautaires les renseignements médicaux et connexes demandés dans le formulaire de confirmation de l'invalidité/de la déficience, ci-joint, afin de confirmer que je suis admissible, ou continue d'être admissible, au soutien de l'emploi.

S'il arrivait que je demande un examen d'une décision prise par le ministère au sujet de mon admissibilité initiale ou continue au soutien de l'emploi en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, je reconnais que les renseignements fournis en vertu du présent consentement peuvent être, en totalité ou en partie, divulgués au comité de règlement des différends.

\*

\_\_\_\_\_  
Signature de l'auteur(e) de la demande

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

\*\*

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\* Lorsque l'auteur(e) de la demande est incapable de fournir son consentement par écrit en raison d'un handicap physique ou mental, le consentement de la ou du fiduciaire ou de la tutrice ou du tuteur dûment nommé ou, à défaut, du plus proche parent (avec l'accord verbal de l'auteur(e) de la demande) suffira.

\*\* Veuillez signer en présence d'un témoin âgé de 18 ans ou plus.

**Renseignements fournis par l'auteur(e) de la demande :**

Veuillez inscrire les renseignements personnels demandés en **lettres moulées** :

M.  M<sup>me</sup>

Prénom	Nom de famille
--------	----------------

Date de naissance	Jour	Mois	Année	
-------------------	------	------	-------	--

Adresse

Ville	Code postal
-------	-------------

Téléphone (domicile) ( )	Téléphone (travail) ( )	poste
-----------------------------	----------------------------	-------

**Renseignements fournis par le (la) professionnel(le) de la santé :**

La personne susnommée peut être jugée admissible au soutien de l'emploi si elle satisfait à certaines conditions, notamment si elle a une déficience physique ou mentale qui est continue ou récurrente, dont la durée prévue est d'au moins un an, et qui constitue un obstacle important à l'obtention d'un emploi soumis à la concurrence.

Veuillez remplir et signer ce formulaire et le remettre à votre patient(e) ou client(e).

Les renseignements fournis serviront à l'évaluation de la demande de **soutien de l'emploi** présentée par votre patient(e) ou client(e) au **Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées**. Le soutien de l'emploi du POSPH a pour but d'aider les personnes handicapées à se préparer à l'emploi, à obtenir un emploi soumis à la concurrence et à le conserver.

Le ministère des Services sociaux et communautaires n'est pas responsable du paiement des droits que vous pourriez exiger pour remplir le présent formulaire.

Veuillez décrire la nature de l'invalidité ou de la déficience :

Déficience primaire : \_\_\_\_\_

Déficience(s) secondaire(s), s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'invalidité ou la déficience est :

continue?  récurrente ou sporadique?

Si elle est récurrente ou sporadique, veuillez fournir une description : \_\_\_\_\_

Durée probable de l'invalidité ou de la déficience :

- Moins d'un an  
 Un an ou plus

Veuillez décrire en quoi l'invalidité ou la déficience représente, le cas échéant, un obstacle important à l'emploi (préparation à l'emploi, obtention ou maintien d'un emploi) :

---

---

---

Y a-t-il d'autres troubles ou exigences liés à l'état de santé ou à d'autres facteurs qui sont susceptibles d'empêcher cette personne de participer à un programme de formation ou d'occuper un emploi à temps partiel ou à temps plein?

- Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

---

---

Autres observations :

---

---

---

Nom de (de la) professionnel(le) de la santé (*en lettres moulées*)

Adresse		Numéro de téléphone (      )
Ville	Code postal	Numéro de télécopieur (      )
Signature du (de la) professionnel(le) de la santé		Date ( <i>aaaa/mm/jj</i> )

**Avis concernant la collecte de renseignements personnels**

(*Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*)

Les renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, L.O., chap. 25, Annexe B, articles 32 et 33, dans le but de fournir des services de soutien de l'emploi aux personnes handicapées pour les aider à obtenir et à conserver un emploi. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

\_\_\_\_\_ au (      ) \_\_\_\_\_ ,  
à votre bureau local du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.