

Renseignements sur l'identité de la personne ayant une déficience ou une incapacité

Identification of the person with a disability or incapacity

Prénom et nom de famille :

Adresse :

Consentement à la communication de renseignements

Par la présente, je consens à ce que les renseignements demandés ci-dessous soient fournis par le signataire de ce formulaire aux représentants d'Emploi-Québec et de l'organisme spécialisé en employabilité mentionné ci-dessous. Ces personnes sont soumises aux règles de confidentialité prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Date

Signature de la personne

Consent for the release of information

I hereby grant to the person identified at the bottom of this form consent to provide the information requested herein to representatives of Emploi-Québec, and to the representatives of the organization specializing in employability that is identified below. The persons to whom the information is provided are subject to the confidentiality rules set out in the Act respecting Access to documents held by public bodies and the Protection of personal information.

Date

Signature of the person

Renseignements sur l'organisme spécialisé en employabilité pour les personnes handicapées

Nom de l'organisme :

Prénom et nom de famille du conseiller :

Téléphone :

Renseignements demandés

Les renseignements demandés serviront à déterminer si la personne peut être reconnue comme personne handicapée aux fins de l'établissement de son admissibilité à la mesure Contrat d'intégration au travail (CIT) ou au Programme de subventions aux entreprises adaptées (PSEA), qui visent l'intégration au marché du travail des personnes handicapées et leur maintien en emploi.

Il est essentiel que la déficience ainsi que le caractère **significatif** et **persistant** des incapacités qui en découlent soient précisés, de même que l'effet sur l'accomplissement d'activités courantes.

1 Renseignements sur la déficience

Diagnostic principal :

Date du diagnostic :

Diagnostic fait par :

Profession :

Établissement (s'il y a lieu) :

Diagnostic(s) secondaire(s) (s'il y a lieu) :

2 Renseignements sur les incapacités

Caractère significatif

Indiquez les incapacités qui sont importantes et expliquez dans quelle mesure et de quelle façon elles nuisent aux activités courantes de la vie quotidienne (ex. : prendre soin de sa personne, exécuter des tâches domestiques, se déplacer, communiquer, etc.).

Caractère persistant

Les incapacités sont-elles susceptibles de disparaître à la suite d'une éventuelle intervention médicale, de traitements ou en raison du passage du temps?  Oui  Non Si non, précisez :

3 Renseignements médicaux relatifs à la déficience

- La personne doit-elle prendre une médication régulière liée à sa déficience ou à ses incapacités?  Oui  Non

Si oui, cette médication a-t-elle des effets secondaires?  Oui  Non

Si oui, lesquels?

- La personne doit-elle recevoir des traitements médicaux liés à sa déficience ou à ses incapacités?  Oui  Non

Si oui, précisez la nature des traitements :

Précisez la fréquence et la durée :

- La personne est-elle suivie par un centre hospitalier ou son service externe, un centre de réadaptation, un centre de services sociaux ou tout autre organisme?  Oui  Non Si oui, lequel?

Depuis quand?

À quelle fréquence?

4 Renseignements liés à la capacité à occuper un emploi

- La personne peut-elle occuper un emploi?

Oui, à temps plein  Oui, à temps partiel; nombre maximal d'heures par semaine :  Non

Veillez indiquer, s'il y a lieu, vos recommandations particulières quant à l'intégration au marché du travail de la personne et à son maintien en emploi :

Signature

Prénom et nom de famille (en caractères d'imprimerie) :

Profession (inclure le numéro de permis, s'il y a lieu) :

Établissement (s'il y a lieu) :

Téléphone :

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts à ma connaissance.

Date

Signature