

BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)
 DE L'ÉTAT DE NEW YORK
COMMISSION POUR LES AVEUGLES (COMMISSION FOR THE BLIND)
PLAN DE SERVICES PERSONNALISÉ

Nom : _____ Numéro du dossier : _____ Date ____ / ____ / ____

Nouveau Modifié

Le présent plan a été élaboré pour vous et votre enfant et il est fondé sur les données diagnostiques qui indiquent qu'il / elle est légalement aveugle. Le plan de votre enfant pourra être modifié en fonction de nouvelles informations ou circonstances.

Actuellement, votre enfant a pour objectif(s) :

Afin d'aider votre enfant à réaliser son ou ses objectifs, la NYSCB fournira :

BESOINS EN TERMES DE SERVICES	PRESTATAIRE DE SERVICE	DATE DE DÉBUT ESTIMÉE
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

Certaines parties de ce plan dépendent de la disponibilité de fonds autres que ceux fournis par le Programme de réadaptation professionnelle (Vocational Rehabilitation Program, VR) et d'autres aides semblables.

Ce plan sera évalué avec vous au moins une fois par an.

Plan de service modifié :

Vos droits sont les suivants :

- Vous avez le droit d'être totalement impliqué(e) dans l'élaboration du plan de votre enfant.
- Vous avez le droit d'être consulté(e) avant la clôture du dossier de votre enfant.
- Si le dossier de votre enfant est clôturé pour des raisons d'inadmissibilité, vous aurez la possibilité de participer au processus décisionnel.
- Si les services accordés ou refusés à votre enfant dans le cadre de ce plan sont pour vous une cause d'insatisfaction, nous vous encourageons à en parler avec le (la) Consultant(e) des enfants (Children's Consultant).

Si vous n'êtes toujours pas satisfait(e), vous pouvez demander une évaluation initiale.

- Toutes les données à caractère personnel fournies pour la réadaptation de votre enfant seront confidentielles. Il peut toutefois vous être demandé de renoncer à la confidentialité conformément aux règlements et procédures en vigueur.

Vos responsabilités sont les suivantes :

- coopérer à la réalisation de ce plan
- informer le Consultant des enfants de toute modification ayant un impact sur le plan de votre enfant, comme par exemple en matière de :
 - santé
 - couverture médicale
 - téléphone
 - adresse
 - autres aides disponibles

Vos remarques concernant l'objectif (les objectifs) de votre enfant et les services dont il/elle bénéficiera :

J'ai étudié ce programme et j'y apporte mon consentement.

X

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR(RICE) DATE

X

SIGNATURE DU (DE LA) CONSULTANT(E) DES ENFANTS DATE

X

SIGNATURE DE L'ENFANT (FACULTATIF) DATE

X

SIGNATURE DU (DE LA) RESPONSABLE DE DISTRICT (DISTRICT MANAGER) (FACULTATIF) DATE