

BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES
DE L'ÉTAT DE NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

**DEMANDE POUR DEVENIR PARENT D'ACCUEIL OU ADOPTIF
RAPPORT MÉDICAL (PREMIÈRE PARTIE)**

Instructions :

Demander/demandeuse : ce formulaire comporte trois sections. La **section 1** doit être remplie par le demandeur/la demandeuse. La **section 2** doit être remplie par l'agence. La **section 3** doit être remplie par un médecin, un(e) auxiliaire médical(e), un infirmier/une infirmière ou un(e) autre professionnel(le) de santé agréé(e) et qualifié(e) pour le demandeur/la demandeuse.

Agent d'adoption : ce formulaire doit être utilisé pour une demande initiale ou un renouvellement d'autorisation. Veuillez remplir la **section 2** avant de remettre le formulaire au demandeur/à la demandeuse. Veuillez fournir un formulaire à chaque membre de la famille qui réalise la demande.

PARTIE 1 – SECTION 1 : INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE

Nom du demandeur/de la demandeuse

NOM, PRENOM ET INITIALE DU 2^e PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NUMERO DE TELEPHONE :

/ /

() -

ADRESSE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE :

Par la présente, je demande et j'autorise mon/ma médecin à communiquer les informations suivantes à l'agence mentionnée ci-dessous.

SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE :

X

Conformément à la réglementation de l'État de New York, l'agence est tenue d'obtenir un rapport médical concernant l'état de santé des membres de la famille. Ce rapport doit comprendre un examen physique du demandeur/de la demandeuse effectué au maximum un an avant la date de dépôt de la demande de certification ou d'approbation auprès de l'agence de certification ou d'approbation.

PARTIE 1 – SECTION 2 : INFORMATIONS SUR L'AGENCE

NOM DE L'AGENCE :

ADRESSE DE L'AGENCE :

PERSONNE-RESSOURCE DE L'AGENCE (NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE) :

PARTIE 1 – SECTION 3 : à remplir par un médecin, un(e) auxiliaire médical(e), un infirmier/une infirmière ou un(e) autre professionnel(le) de santé agréé(e) et qualifié(e) pour chaque demandeur/demandeuse.

Veuillez répondre à chacune des questions suivantes au mieux de vos connaissances :

DATE DE L'EXAMEN PHYSIQUE

/ /

Existe-t-il des troubles ou des affections chroniques ou graves pour lesquels cette personne a reçu ou reçoit un traitement et qui pourraient avoir des répercussions sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? Non Oui*

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.

Cette personne suit-elle actuellement un traitement médicamenteux susceptible d'avoir une incidence sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? Non Oui*

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.

Avez-vous ou votre organisme médical a-t-il déjà orienté cette personne vers un traitement pour l'alcoolisme ou la toxicomanie ? Non Oui*

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication et de préciser les dates auxquelles la ou les orientations ont été réalisées.

La personne est-elle atteinte d'une infection ou d'une maladie transmissible susceptible d'avoir une incidence sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? Non Oui*

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.

La personne est-elle atteinte d'une affection physique ou mentale susceptible d'avoir une incidence sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? Non Oui*

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.

NOM DES DEMANDEURS :

L'existence d'une affection identifiée présente-t-elle un risque pour la santé et la sécurité du ou Non Oui* des enfants accueillis ou adoptés ?

* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication :

CONCLUSIONS

En fonction de mes constatations, telles qu'elles figurent ci-dessus, et de ma connaissance de la personne susmentionnée, je déclare que celle-ci est :

- en mesure, d'un point de vue physique et mental, d'offrir une prise en charge adéquate à l'enfant ou aux enfants accueillis ou adoptés, et ce sans aucune restriction ;
- en mesure, d'un point de vue physique et mental, d'offrir une prise en charge adéquate à l'enfant ou aux enfants accueillis ou adoptés, sous réserve toutefois des restrictions ou mesures de soutien suivantes :
- dans l'incapacité physique d'offrir une prise en charge adéquate à l'enfant ou aux enfants accueillis ou adoptés.
Veuillez préciser :
- dans l'incapacité mentale d'offrir une prise en charge adéquate à l'enfant ou aux enfants accueillis ou adoptés.
Veuillez préciser :

Si la personne soumet une demande pour être parent adoptif, en fonction de mes constatations, telles qu'elles figurent ci-dessus, et de ma connaissance de la personne susmentionnée, je déclare que celle-ci : **EST** **N'EST PAS** dans un état physique lui permettant raisonnablement de vivre jusqu'à l'âge de la majorité du ou des enfants et d'avoir l'énergie et les autres capacités nécessaires pour s'acquitter de ses responsabilités parentales.

SIGNATURE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MEDICAUX :

X

NUMERO DE TELEPHONE :

() -

DATE DE SIGNATURE :

/ /

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MÉDICAUX :

ADRESSE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MÉDICAUX :

**VILLE DE NEW
YORK
UNIQUEMENT :**

N° NPI :

N° DE LICENCE :

CACHET DU MÉDECIN OU DE LA CLINIQUE :

VEUILLEZ RETOURNER LE RAPPORT DÛMENT REMPLI À LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'AGENCE MENTIONNÉE À LA SECTION 2.

NOM DES DEMANDEURS :

BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES
DE L'ÉTAT DE NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
RAPPORT MÉDICAL SUR LE MEMBRE DU FOYER (DEUXIÈME PARTIE)

Instructions :

Demandeurs : ce formulaire comporte trois sections. **La section 1** doit être remplie par le demandeur/la demandeuse si le membre du foyer a moins de 18 ans ou par le membre du foyer s'il est âgé de 18 ans ou plus. **La section 2** doit être remplie par l'agence. **La section 3** doit être remplie par un médecin, un(e) auxiliaire médical(e), un infirmier/une infirmière ou un(e) autre professionnel(le) de santé agréé(e) et qualifié(e) pour chaque membre du foyer.

Agent d'adoption : ce formulaire doit être utilisé pour une demande initiale ou un renouvellement d'autorisation. Veuillez remplir la **section 2** avant de remettre le formulaire aux demandeurs. Veuillez fournir un formulaire à chaque membre du foyer.

PARTIE 2 – SECTION 1 : INFORMATIONS SUR LE MEMBRE DU FOYER		
NOM, PRENOM ET INITIALE DU 2 ^E PRENOM :	DATE DE NAISSANCE : / /	NUMERO DE TELEPHONE : () -
NOM DES DEMANDEURS :	LIEN AVEC LES DEMANDEURS :	
ADRESSE DES DEMANDEURS :		
Par la présente, je demande et j'autorise mon/ma médecin à communiquer les informations suivantes à l'agence mentionnée ci-dessous.		
SIGNATURE DU MEMBRE DU FOYER OU DU PARENT OU DU TUTEUR/DE LA TUTRICE SI LE MEMBRE DU FOYER A MOINS DE 18 ANS : X	DATE : / /	
La ou les personnes susmentionnées résident au domicile d'une ou de plusieurs personnes qui souhaitent adopter un ou plusieurs enfants. Conformément à la réglementation de l'État de New York, l'agence est tenue d'obtenir un rapport médical concernant l'état de santé des membres de la famille. Ce rapport doit indiquer que chaque membre du foyer est en bonne santé physique et mentale et exempt de toute infection ou maladie transmissible.		
PARTIE 2 – SECTION 2 : INFORMATIONS SUR L'AGENCE		
NOM DE L'AGENCE :		
ADRESSE DE L'AGENCE :		
PERSONNE-RESSOURCE DE L'AGENCE (NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE) :		
PARTIE 2 – SECTION 3 : à remplir par un médecin, un(e) auxiliaire médical(e), un infirmier/une infirmière ou un(e) autre professionnel(le) de santé agréé(e) et qualifié(e) pour chaque membre du foyer d'un ou plusieurs demandeurs.		
La personne est-elle atteinte d'une infection ou d'une maladie transmissible susceptible d'avoir une incidence sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*		
* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.		
La personne est-elle atteinte d'une affection physique ou mentale susceptible d'avoir une incidence sur la bonne prise en charge du ou des enfants accueillis ou adoptés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*		
* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.		
L'existence d'une affection identifiée présente-t-elle un risque pour la santé et la sécurité du ou des enfants accueillis ou adoptés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*		
* Si vous répondez « oui », merci de fournir une explication.		
SIGNATURE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MÉDICAUX : X	NUMERO DE TELEPHONE : () -	DATE DE SIGNATURE : / /
NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MÉDICAUX :		
ADRESSE DU/DE LA PRESTATAIRE DE SOINS MÉDICAUX :		

NOM DES DEMANDEURS :

VILLE DE NEW YORK UNIQUEMENT :	N° NPI:	N° DE LICENCE :
	CACHET DU MEDECIN OU DE LA CLINIQUE :	

VEUILLEZ RETOURNER LE RAPPORT DÛMENT REMPLI À LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'AGENCE MENTIONNÉE À LA SECTION 2.