

Absence de l'unité pour des raisons médicales

Demandes de mesures d'adaptation/d'accessibilité

Dans la Ville d'Ottawa, un ménage qui bénéficie de l'aide sous forme de loyer indexé sur le revenu cesse d'être admissible si tous les membres du ménage sont absents du logement pendant plus de 60 jours consécutifs ou 90 jours cumulatifs au cours d'une année civile à moins qu'un membre du ménage soit absent pour des « raisons médicales ».

Pour vérifier si le ménage ou si un membre du ménage se qualifie à l'exemption, nous exigeons qu'un médecin praticien autorisé remplisse le présent formulaire pour confirmer que la personne est ou sera absente de son logement pour des « raisons médicales ».

Si le membre du ménage a lui-même diagnostiqué la raison médicale qui a dicté les raisons médicales de l'absence, un diagnostic effectué par un professionnel de la santé autorisé confirmant l'état de santé est requis pour que l'exemption soit accordée.

La confirmation est exigée tous les 60 jours consécutifs ou les 90 jours cumulatifs après qu'une exemption a été accordée, si la personne continue d'être absente de son unité pour des « raisons médicales ».

Renseignements sur le patient

À remplir par un médecin praticien autorisé et qualifié

1. Information du patient :

Prénom :

Nom :

Adresse :

App. :

Date de naissance (aaaa/mm/jj) :

Nom du parent ou du tuteur (si le patient a moins de 18 ans) :

2. Est-ce un nouveau patient? Oui Non

Si la réponse est non, depuis combien de mois ou d'années ce patient fait-il appel à vos soins?

3.	<p>Selon votre opinion de médecin, le patient est-il absent de son unité ou devra-t-il l'être pour des « raisons médicales »?</p> <p>Oui Non</p>
4.	<p>Avez-vous diagnostiqué le trouble médical ou consulté le dossier médical pour confirmer le trouble médical dont découlent les « raisons médicales »?</p> <p>Oui Non</p> <p>Si la réponse est non, est-ce que vous vous fiez à l'autodiagnostic du patient ou sur l'information que vous donne le patient sur son trouble médical qui a été précédemment diagnostiqué par un médecin praticien ou professionnel de la santé?</p> <p>Autodiagnostic Diagnostic médical antérieur</p> <p>Si le patient vous a informé qu'il a reçu un diagnostic médical antérieurement, veuillez préciser le trouble médical pour qu'il puisse être confirmé par le praticien de la santé ou professionnel médical qui pose le diagnostic.</p> <p>Si le membre du ménage a diagnostiqué lui-même le trouble médical dont découlent les « raisons médicales » de l'absence, un diagnostic d'un professionnel autorisé de la santé confirmant le trouble est exigé de manière à accorder l'exemption.</p>

5.	<p>Combien de temps prévoyez-vous raisonnablement que le patient sera absent de son unité pour des « raisons médicales »?</p> <p>Temps prévu :</p> <p>Date du début de l'absence :</p> <p>On pourrait vous demander de fournir des mises à jour et de reconfirmer les 60 jours consécutifs ou les 90 jours cumulatifs si l'absence du patient de son unité continue pour des raisons médicales.</p>
-----------	---

Professionnel de la santé agréé	
Je suis (cochez la case qui s'applique) :	
Médecin généraliste/médecin de famille	Oncologue
Allergologue/Immunologiste	Ophthalmologue
	Psychiatre

Cardiologue	Pneumologue
Dermatologue	Rhumatologue
Neurologue	Psychologue clinicien
Ergothérapeute	Autre (préciser) :
J'atteste par la présente que ces renseignements représentent mon opinion médicale	Cachet du médecin praticien agréé ou numéro d'enregistrement provincial
Nom du médecin praticien agréé (en caractères d'imprimerie)	Numéro de téléphone de la personne-ressource
Signature du médecin praticien agréé	Date (aaaa/mm/jj)

Consentement du patient

Je comprends que _____ requiert les renseignements personnels demandés sur le présent formulaire afin de prendre une décision concernant l'admissibilité à de l'aide sous forme de loyer indexé sur le revenu. J'autorise mon professionnel de soins de santé agréé à divulguer les renseignements demandés sur ce formulaire à _____ et je consens que

_____ utilise, vérifie, divulgue et conserve ces renseignements, ma demande et tout document à l'appui de mon dossier de logement dans la mesure où cela est nécessaire de manière à répondre à ma demande d'absence de mon unité pour des raisons médicales. Pour plus de clarté, la divulgation peut être effectuée pour un conseiller médical indépendant, pour le locataire, pour la Ville d'Ottawa à des fins de conformité à la *Loi de 2011 sur les services de logement*, etc.

Je comprends également que l'on me demandera de fournir des mises à jour et d'autres précisions de la part d'un professionnel de la santé, tous les 60 jours consécutifs ou 90 jours cumulatifs, si je continue de m'absenter de mon unité pour des raisons médicales.

Nom du patient (en caractères d'imprimerie)*

Signature du patient

Nom du locataire (s'il n'est pas le patient)

Numéro de téléphone du locataire

Numéro de compte du locataire

Date (aaaa/mm/jj)

* Si le patient est âgé de moins de 18 ans ou incapable de fournir un consentement par écrit en raison d'un handicap physique ou mental, le consentement doit être signé par le parent, le tuteur légal, le curateur ou le mandataire du patient en matière de soins ou de biens personnels.

Les renseignements personnels figurant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu des pouvoirs conférés par la *Loi de 2011 sur les services de logement*, L.O. 2011, chap. 6, annexe 1, y compris l'article 176 et seront utilisés uniquement s'ils sont nécessaires aux fins de déterminer l'admissibilité d'un demandeur à une absence prolongée de son logement pour des raisons médicales. Si vous avez des questions concernant la cueillette de ces renseignements, veuillez communiquer avec Gestionnaire de programme, Logement communautaire au 613-580-2424 poste 43240 ou à l'adresse suivante : 100 promenade Constellation Ottawa, Ontario.