

ACOTRO

ASSOCIATION OF CANADIAN OCCUPATIONAL
THERAPY REGULATORY ORGANIZATIONS



ACORE

ASSOCIATION CANADIENNE DES ORGANISMES
DE RÉGLEMENTATION EN ERGOTHÉRAPIE

Demande de mesures d'adaptation

En vertu des lois applicables sur les droits de la personne dans chacune des provinces au Canada, les personnes sont protégées contre la discrimination pour certains motifs de distinction illicite et peuvent avoir droit à des mesures d'adaptation raisonnables pour appuyer la réalisation du processus SEES. Les demandes d'adaptation seront traitées conformément à la politique des mesures d'adaptation de l'ACORE (la « politique des mesures d'adaptation »). Les demandeurs sont vivement encouragés à consulter la politique avant de soumettre une demande d'adaptation.

Les demandes d'adaptation doivent être soumises au moins 45 jours avant la date de l'évaluation. Les demandes seront évaluées au cas par cas. Les demandes soumises sans documents à l'appui ne seront pas prises en considération.

Instructions :

Le demandeur doit remplir les parties **1, 2, 5, 6 (ci-dessous)**.

Les parties **3 ou 4** doivent être remplies par le professionnel approprié.

Une fois le formulaire rempli, soumettez-le au personnel du SEES à l'aide du lien de téléchargement de documents fourni au demandeur dans un courriel.

PARTIE 1 INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR – À remplir par le demandeur

Nom :

N° d'identification SEES :

DDN :

PARTIE 2 MESURE D'ADAPTATION DEMANDÉE – À remplir par le demandeur

Évaluation pour laquelle la mesure d'adaptation s'applique :

- Évaluation des connaissances sur la jurisprudence
- Évaluation de la compétence
- Autre :

Motifs de l'adaptation :

- Incapacité (tel que défini dans la politique des mesures d'adaptation)
- Motifs religieux, culturels ou spirituels

Mesures d'adaptation spécifiques demandées par le demandeur :

PARTIE 3 DOCUMENTS À L'APPUI – INCAPACITÉ – À remplir par un professionnel de la santé ou un spécialiste de l'éducation

Date de la dernière visite avec le demandeur et/ou date de la plus récente confirmation du diagnostic :

Date :

Limites du demandeur associées à l'incapacité ou à la demande de mesures d'adaptation ou description des motifs de la demande de mesures d'adaptation :

Mesures d'adaptation recommandées :

Signature du professionnel de la santé, de l'éducation ou de tout autre professionnel approprié
(Remarque : le demandeur doit avoir été évalué par le professionnel au cours des trois dernières
années) :

J'atteste avoir examiné le demandeur et avoir connaissance de son état.

Nom : _____ Signature : _____

Date : _____

Profession : _____

Numéro d'immatriculation : _____ Collège : _____

**PARTIE 4 DOCUMENTS À L'APPUI – MOTIFS RELIGIEUX, CULTURELS OU
SPIRITUELS – À remplir par un chef religieux, culturel ou spirituel**

Observance religieuse, culturelle ou spirituelle : _____

Incidence de l'observance religieuse, culturelle ou spirituelle sur l'évaluation :

Mesures d'adaptation recommandées :

Signature du chef religieux :

J'atteste que j'ai rencontré le demandeur et que je connais son observance religieuse, culturelle ou spirituelle.

Nom : _____ Signature : _____

Date : _____

Organisme et titre : _____

PARTIE 5 MESURES D'ADAPTATION ANTÉRIEURES - À remplir par le demandeur

Veillez fournir des détails sur les circonstances antérieures dans lesquelles des mesures d'adaptation ont été accordées :

Date(s) : _____

Organisme(s) : _____

Raison pour laquelle les mesures d'adaptation a été accordées :

Type de mesures d'adaptation accordées :

Veillez fournir toute autre information qui pourrait être utile au traitement de votre demande de mesure d'adaptation.

PARTIE 6 DÉCLARATION – à remplir par le demandeur

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire, ainsi que tout autre renseignement fourni ou toute déclaration faite à l'appui de ma demande de mesures d'adaptation, sont exacts, à jour et complets. Je comprends et reconnais que la présentation de renseignements faux, incomplets ou trompeurs peut entraîner une exclusion permanente du processus de demande d'inscription au programme SEES et de l'immatriculation à titre d'ergothérapeute au Canada.

Signature :

Date : _____