

Le gouvernement du Québec s'est engagé à augmenter la représentation des personnes handicapées au sein de l'effectif de la fonction publique québécoise. À cet effet, il a mis en place diverses mesures permettant à celles-ci d'avoir accès en toute équité à un emploi dans la fonction publique.

Par exemple, l'adaptation des moyens d'évaluation et des conditions d'administration ainsi que le Programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées (PDEIPH) sont deux mesures qui permettent à ces personnes candidates de faire valoir, de façon équitable, leurs compétences et leurs aptitudes en vue de se qualifier pour occuper les emplois de la fonction publique.

À QUI S'ADRESSE CE FORMULAIRE

Ce formulaire s'adresse à **toute personne inscrite à un processus de qualification, qui a une ou des limitations permanentes ou temporaires** pouvant créer certains obstacles au moment de l'administration des moyens d'évaluation. Il permet aux personnes concernées de préciser leurs besoins en matière d'adaptation des moyens d'évaluation et des conditions d'administration ou des conditions d'intégration en emploi.

Il est à noter que ce formulaire n'a pas à être rempli chaque fois que la personne s'inscrit à un processus de qualification. Il peut être valide pour plusieurs processus de qualification lorsque la situation de la personne candidate demeure inchangée et que la ou les limitations sont stables.

Le formulaire s'adresse également **aux personnes qui postulent à un emploi dans le cadre du PDEIPH**.

Les personnes candidates désirant postuler un emploi dans le cadre du PDEIPH doivent être considérées comme « personnes handicapées ». Selon la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, une personne handicapée est définie ainsi :

« toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

VALIDATION DES RENSEIGNEMENTS

Ce formulaire constitue une pièce justificative qui atteste les limitations de la personne candidate. Il doit donc être signé et daté par la personne candidate. De plus, il doit obligatoirement être signé et daté par une autorité professionnelle, c'est-à-dire une personne du milieu de la santé, des services sociaux, de la réadaptation ou de l'emploi (médecin, ergothérapeute, psychologue, conseiller en emploi, etc.) qui, de par ses fonctions, a accès au dossier de la personne candidate et peut confirmer que les renseignements fournis sont conformes à sa condition actuelle.

CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements contenus dans ce document sont considérés comme confidentiels et ils sont protégés par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils ne peuvent être utilisés que dans le cadre des deux mesures énoncées ni divulgués sans le consentement de la personne candidate.

RAPPEL

Il est important de signer et de dater les sections « ATTESTATION DE LA PERSONNE CANDIDATE » et « CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CANDIDATE ».

De plus, le formulaire doit être signé et daté par une autorité professionnelle en mesure d'attester que les renseignements fournis sont véridiques et qu'ils sont conformes à la situation actuelle de la personne candidate.

IDENTIFICATION

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Trois derniers chiffres du N.A.S. : _____ Date de naissance (jj-mm) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : Rés. : () _____ Bureau : () _____ Cell. : () _____

Courriel : _____

Avez-vous besoin que les moyens d'évaluation et les conditions d'administration soient adaptés?

OUI NON

Note : À la suite de votre admission à un processus de qualification, une conseillère ou un conseiller en stratégies d'évaluation du Secrétariat du Conseil du trésor communiquera avec vous afin de convenir des adaptations des moyens d'évaluation et des conditions d'administration qui seront nécessaires. Notez que des renseignements ou des pièces justificatives supplémentaires pourraient alors vous être demandés.

DESCRIPTION DE LA DÉFICIENCE ET DES LIMITATIONS

1 – LA DÉFICIENCE – Cochez la ou les cases décrivant votre situation.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Physique | <input type="checkbox"/> Visuelle | <input type="checkbox"/> Auditive |
| <input type="checkbox"/> Organique | <input type="checkbox"/> Psychologique | <input type="checkbox"/> Intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> TED (trouble envahissant du développement) | <input type="checkbox"/> TDA (trouble déficitaire de l'attention) | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> De la parole et du langage | | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | |

2 – LES LIMITATIONS – Cochez la ou les cases appropriées.

J'éprouve une difficulté importante à :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Écrire | <input type="checkbox"/> Me déplacer (mobilité) | <input type="checkbox"/> Garder l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Lire les imprimés | <input type="checkbox"/> Parler - communiquer | <input type="checkbox"/> Manipuler les objets |
| <input type="checkbox"/> Me concentrer | <input type="checkbox"/> Résister au stress | <input type="checkbox"/> Coordonner mes mouvements |
| <input type="checkbox"/> Mémoriser | <input type="checkbox"/> Monter - descendre | <input type="checkbox"/> Comprendre un message |
| <input type="checkbox"/> Contrôler mes émotions | <input type="checkbox"/> Rester assis ou debout | <input type="checkbox"/> Résister physiquement à l'effort |
| <input type="checkbox"/> Être avec les autres personnes | <input type="checkbox"/> Entendre : <input type="checkbox"/> Perte totale | <input type="checkbox"/> Voir : <input type="checkbox"/> Perte totale |
| | <input type="checkbox"/> Perte partielle | <input type="checkbox"/> Perte partielle |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | |

3 – Précisez les aides techniques (orthèse, prothèse, autres appareils) ou tout autre moyen palliatif (interprète, braille, soutien psychologique, médicaments, etc.) que vous utilisez au quotidien, à l'école, au travail et à la maison.

PRÉCISIONS CONCERNANT VOS BESOINS D'ADAPTATION

Pour nous informer de vos besoins en matière d'adaptation des moyens d'évaluation et des conditions d'administration, veuillez remplir la présente section. Cochez la ou les cases qui décrivent votre situation.

4 – LECTURE

Je peux lire les imprimés standards, mais :

- Un peu plus lentement que la moyenne Beaucoup plus lentement que la moyenne

J'ai de la difficulté à lire les imprimés standards.

J'utilise comme mode de compensation :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Des caractères agrandis | <input type="checkbox"/> Une loupe | <input type="checkbox"/> Un lutrin |
| <input type="checkbox"/> Une télévisionneuse | <input type="checkbox"/> Un logiciel de grossissement | <input type="checkbox"/> Un micro-ordinateur |
| <input type="checkbox"/> Le braille abrégé | <input type="checkbox"/> Le braille intégral | <input type="checkbox"/> Le soutien d'une personne |
| <input type="checkbox"/> Un appareil Versa Braille | <input type="checkbox"/> Une planche tactile | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | |

Ma vitesse de lecture en utilisant ce mode de compensation est :

- Normale Plus lente que la moyenne Très lente

J'éprouve de la fatigue lorsque je dois lire pendant une durée de : _____

- J'ai besoin d'une pause.

5 – ÉCRITURE

J'ai de la difficulté à écrire lisiblement à la main.

J'utilise comme mode de compensation :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un ordinateur | <input type="checkbox"/> Un crayon gras | <input type="checkbox"/> Un clavier braille |
| <input type="checkbox"/> Le braille abrégé | <input type="checkbox"/> Le braille intégral | <input type="checkbox"/> Un appareil Versa Braille |
| <input type="checkbox"/> Le soutien d'une personne | <input type="checkbox"/> Un ou une interprète | |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | | |

Ma vitesse d'écriture, même en utilisant un mode de compensation, est :

- | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Plus lente que la moyenne | <input type="checkbox"/> Très lente |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|

J'ai de la difficulté à noircir de petites cases.

J'éprouve de la fatigue lorsque je dois écrire pendant une durée de plus de : _____.

- J'ai besoin d'une pause.

6 – AUDITION

J'entends, mais j'ai de la difficulté à percevoir des sons :

- Particulièrement quand je suis en groupe

J'ai une incapacité sévère à entendre des sons.

J'utilise comme mode de compensation :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La lecture labiale | <input type="checkbox"/> La langue des signes du Québec (LSQ) |
| <input type="checkbox"/> Un système d'amplification particulier | <input type="checkbox"/> Un autre langage visuel |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ | |

J'ai besoin d'un ou d'une interprète en langage visuel ou tactile.

7 – COMMUNICATION

J'ai de la difficulté à comprendre :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des mots moins familiers | <input type="checkbox"/> Des phrases plus complexes | <input type="checkbox"/> Le français standard |
|---|---|---|

J'ai besoin :

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> D'explications supplémentaires |
| <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____ |

Nommez d'autres difficultés que vous pourriez rencontrer en lien avec les moyens d'évaluation, les conditions d'administration ou encore votre intégration en emploi. Identifiez ensuite les aides dont vous souhaiteriez bénéficier (au besoin, annexer les documents pertinents):

Difficultés	Aides nécessaires
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ATTESTATION DE LA PERSONNE CANDIDATE

Je certifie que ces renseignements sont exacts et qu'ils décrivent ma condition actuelle.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

À FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR UNE AUTORITÉ PROFESSIONNELLE

Je certifie que ces renseignements sont exacts et qu'ils décrivent la condition actuelle de ma cliente ou de mon client.

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) : _____

SIGNATURE : _____

PROFESSION : _____ ORGANISME : _____

DATE : _____

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CANDIDATE

Les renseignements fournis sont confidentiels. Ceux-ci ne servent qu'à préciser mes besoins en matière d'adaptation des moyens d'évaluation et des conditions d'administration ou ceux liés aux lieux de travail. J'autorise le personnel concerné à communiquer avec l'autorité professionnelle qui a signé ci-dessus si des renseignements supplémentaires sont requis.

SIGNATURE : _____ DATE : _____