

## Description des activités de l'enfant

<b>Child's Name:</b> (Last, First, Middle)	<b>Case Number:</b>	<b>Date of Birth:</b>
<b>Agency:</b> State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	<b>Client ID Number:</b>	<b>Disability ID Number:</b>
	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	<b>Worker Name:</b>	
	<b>Phone Number:</b> 1-866-330-0591	<b>Date:</b>

Une demande de prestations sur la base d'un handicap a été remplie au nom de l'enfant nommé(e) ci-dessus. Les informations que vous communiquez ci-dessous serviront à déterminer si l'enfant bénéficiera du programme Medicaid sur la base du handicap. Veuillez ne rien inscrire aux rubriques pour lesquelles vous ne disposez pas des informations demandées ou qui ne s'appliquent pas en raison de l'âge de l'enfant. Merci de votre coopération.

Avez-vous remarqué des problèmes concernant la capacité de l'enfant à se déplacer ou à marcher?  Non  Oui  
Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

Avez-vous remarqué des problèmes concernant la manière dont l'enfant interagit avec les autres (y compris vous, les membres de la famille, des proches ou des étrangers)?  Non  Oui  
Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

Avez-vous remarqué des problèmes d'élocution ?  Non  Oui

Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

Avez-vous remarqué des problèmes concernant les activités liées aux soins personnels, comme aller aux toilettes, se laver, se nourrir, s'habiller, etc. ?  Non  Oui

Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

Avez-vous remarqué des problèmes concernant la manière dont l'enfant joue, que ce soit seul(e) ou avec d'autres personnes ?  Non  Oui

Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

Avez-vous remarqué des problèmes de comportement ?  Non  Oui

Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :

**Veillez remplir les informations suivantes si l'enfant va à l'école.**

<b>Nom de l'école :</b>	
<b>Nom de l'enseignant(e) :</b>	<b>Classe :</b>
S'agit-il d'un programme d'éducation spécialisée ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :	
L'enfant a-t-il besoin d'une aide spéciale ou supplémentaire pour sa scolarité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :	
Avez-vous connaissance de problèmes concernant l'assiduité de l'enfant à l'école ou son comportement, comme l'absentéisme, des journées d'absence en raison d'une maladie, des bagarres, de mauvaises notes ou des problèmes de discipline ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si la réponse est « oui », veuillez fournir une description :	
Le cas échéant, merci d'ajouter tout autre commentaire ou renseignement concernant les résultats scolaires :	

<b>Votre nom :</b>
<b>Relation avec l'enfant :</b>
<b>Numéro de téléphone :</b>