



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES

Andrew Reese, Director

One Independence Square
250 E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

LIFE. YOUR WAY.

Bonjour,

Nous vous remercions de votre récente demande de renseignements concernant les services offerts par le Département des services aux personnes handicapées / Administration des services de réadaptation (DDS/RSA). Le DDS/RSA fournit des services de transition pour les jeunes, notamment des services de transition pré-emploi (Pre-ETS) et des services de réadaptation professionnelle (VR), pour les étudiants handicapés du DC âgés de 14 à 22 ans. Ci-joint :

- **Formulaire de consentement aux services de transition pré-emploi** (Pre-ETS) (page 2) et
- **Formulaire de référence pour la réadaptation professionnelle** (VR) (pages 3 à 5).

Veuillez remplir le formulaire de consentement Pre-ETS ci-joint. Si vous souhaitez également faire une demande de services VR, veuillez passer à la page 3 et remplir le formulaire de référence VR. Un formulaire de référence VR rempli exprimera votre intérêt à poursuivre les services VR avec le DDS/RSA. Si vous avez besoin d'aide, veuillez contacter **Beverly Cummings** ou **Tania Benton** au **202-442-8675** / RSA.Transition@dc.gov.

En plus du formulaire de référence VR, le DDS/RSA demandera des copies des documents suivants à toutes les personnes qui souhaitent demander des services VR :

- **Évaluation psychologique** (doit être terminée au cours des 3 dernières années)
- **Preuve d'inscription scolaire** (relevé de notes officiel, bulletin scolaire)
- **Pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement** (carte DC One, permis de conduire, carte d'identité d'État)
- **Carte de sécurité sociale**
- **Pièces justificatives** : Dossiers scolaires (plan PEI/504), dossiers médicaux ou rapport d'antécédents sociaux démontrant la présence d'un handicap diagnostiqué médicalement

Si vous avez besoin d'aide pour rassembler les dossiers scolaires ou les pièces justificatives requis, veuillez contacter votre agence locale d'éducation ou le coordinateur d'éducation spécialisée de votre école. Les formulaires de consentement Pre-ETS et/ou les formulaires de référence VR remplis doivent être numérisés/envoyés par courrier électronique à l'adresse RSA.Transition@dc.gov. **N'envoyez aucun** document par courrier. Des copies des documents originaux peuvent être apportées lors de votre premier entretien d'admission à votre école. L'admission est programmée dès réception et examen du formulaire de référence VR rempli.

Cette agence est fière d'elle, car elle est prête et disposée à vous aider à atteindre vos objectifs d'emploi. « Merci de votre intérêt au Département des services aux personnes handicapées.

Cordialement,

Willina Robson (signé électroniquement)

Willina Robson
Responsable de programme
Administration des services de réadaptation



Formulaire de consentement aux services de transition pré-emploi (Pre-ETS)

Description du programme

Le Département des services aux personnes handicapées/Administration des services de réadaptation (DDS/RSA), en collaboration avec les agences locales d'éducation (LEA) du District de Columbia, offre aux étudiants handicapés des opportunités de participer aux services de transition pré-emploi (Pre-ETS), tels que définis dans la Loi sur l'innovation et les opportunités relatives à la main-d'œuvre (WIOA), en offrant : (1) des conseils en matière d'exploration d'emploi, (2) des conseils sur les possibilités d'inscription à des programmes complets de transition ou d'éducation postsecondaire, (3) une formation à la préparation au travail pour développer des compétences sociales et des compétences de vie autonome, (4) des expériences d'apprentissage en milieu de travail, et (5) des instructions sur l'auto-représentation, qui peuvent inclure le mentorat par les pairs. Ces services sont disponibles partout les étudiants handicapés en âge de transition (âgés de 14 à 21 ans), ce qui inclut tous les étudiants ayant un PEI ou éligibles à un plan 504.

Informations de référence des étudiants

Nom de l'étudiant : _____ Date de naissance : _____

Nom de l'école : _____ Numéro USI de l'étudiant : _____

Adresse de l'étudiant : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ - _____ - _____ Numéro de téléphone : _____

Avez-vous un handicap ? OUI NON

Avez-vous un PEI ? OUI NON Avez-vous un plan 504 ? OUI NON

Race / Origine ethnique : Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

Blanc Noir ou Afro-Américain Amérindien ou natif d'Alaska

Asiatique Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique Hispanique ou Latino

° Je comprends qu'en signant ce formulaire, je donne mon consentement pour que l'étudiant susmentionné participe aux services de transition pré-emploi (Pre-ETS) avec le DDS/RSA.

° Je comprends que ce formulaire de consentement Pre-ETS n'est pas une demande/orientation pour les services de réadaptation professionnelle (VR) auprès du DDS/RSA.

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____
(si la loi l'exige)

Si l'étudiant souhaite faire une demande de services VR auprès du DDS/RSA, veuillez remplir le formulaire de référence VR suivant.



GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES

Andrew Reese, Director

One Independence Square
250 E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

LIFE. YOUR WAY.

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE (VR)

Date du jour : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____ MI : _____

Adresse : _____

Ville, État : _____ Code postal : _____ Quartier : _____

Numéro de téléphone : () _____ Numéro de téléphone secondaire () _____

Adresse électronique : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ - _____ - _____ Sexe : Homme Femme

Date de naissance : Mois _____ Jour _____ Année _____ Âge actuel : _____

Travaillez-vous actuellement ? Oui Non

Nom de l'école : _____

Numéro USI de l'étudiant : _____

Quel est votre handicap ? _____

Avez-vous besoin dispositions spéciales pour vos rendez-vous ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Recevez-vous actuellement l'une des prestations suivantes ? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent :

SSI/SSDI Chômage Aide provisoire aux personnes handicapées (IDA)

Bons d'alimentation Prestations de survivant Pension alimentaire

Autre : _____

Source de référence (nom de l'école/du site) : _____

Adresse de référence : _____

Nom et numéro de téléphone de la référence : _____ / Tél : () _____

Si l'anglais n'est pas votre langue de préférence, est-ce la langue suivante : Espagnol Langue des signes américaine Autre _____

** Ce formulaire est uniquement destiné à des fins de référence. Aucune information supplémentaire n'est requise, mais cela est utile pour accélérer votre admissibilité. Il ne s'agit ni d'une demande, ni d'une demande de services de réadaptation professionnelle. Si vous avez moins de 18 ans, un parent/tuteur doit signer.

Signature du parent/tuteur _____

Date _____



LIFE. YOUR WAY.

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
DEPARTMENT ON DISABILITY SERVICES

Andrew Reese, Director
One Independence Square
250 E Street, SW, Washington, DC 20024
202.730.1700 | www.dds.dc.gov

RENONCIATION À LA CONFIDENTIALITÉ

Nom de famille :
MI :

Prénom :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

La personne susmentionnée a été orientée vers le programme de réadaptation professionnelle du Département des services aux personnes handicapées du District de Columbia. Je comprends que pour déterminer l'éligibilité et les services requis pour atteindre un objectif professionnel, une évaluation complète peut être nécessaire. Ma signature autorise le Département des services aux personnes handicapées du District de Columbia à procéder à une telle évaluation, y compris des évaluations médicales, de santé mentale, psychologiques et/ou professionnelles.

L'autorisation est également accordée au Département des services aux personnes handicapées du District de Columbia, à l'Administration des troubles du développement (DDA) et à l'Administration des services de réadaptation (RSA), de divulguer et de partager des informations concernant la personne susmentionnée afin de déterminer l'éligibilité aux services, et afin que les deux administrations coordonnent efficacement tous les services en cours que la personne peut recevoir.

Je comprends que l'octroi de ce consentement et de cette renonciation à la confidentialité aux fins susmentionnées est volontaire de ma part et peut être révoqué à tout moment.

Signature du client

Date

Signature du parent/tuteur

Date



LIFE. YOUR WAY.

Liste de contrôle (à remplir par la source de référence)

Informations supplémentaires sur l'étudiant

L'étudiant(e) est-il(elle) en famille d'accueil : Oui _____ Non ____ L'étudiant est-il parrainé par le tribunal : Oui _____ Non ____

Si la réponse est Oui à l'une ou l'autre des questions, veuillez fournir des informations spécifiques sur le programme ci-dessous :

Nom du programme : _____

Personne à contacter : _____

Titre : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

La documentation requise pour déterminer l'éligibilité aux services DDS/RSA est répertoriée ci-dessous. Veuillez indiquer si l'un des éléments suivants est inclus dans le formulaire de référence VR.

OUI	NON	S.O.	Type d'informations	Exemples
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapports actuels et pertinents décrivant le handicap, la capacité fonctionnelle, les compétences de vie autonome et les besoins de soutien de l'étudiant	Examen médical et/ou de santé ; Évaluation du handicap par un spécialiste agréé ; Évaluation psychologique/psychiatrique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapports sur la planification de la transition et les services aux étudiants	PEI ou plan 504 actuel ; Comptes rendus des réunions de planification de la transition ;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Développement de carrière	Évaluations/rapports professionnels ; Évaluations du superviseur de travail ; Historique de l'expérience professionnelle antérieure ; Rapports d'avancement du travail-études ; CV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réussite scolaire	Évaluations pédagogiques ; Relevé de notes actuel ; Bulletins scolaires ; Tests de réussite scolaire ; Rapports sur l'état de préparation aux études universitaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modèle de présence	Rapport de présence

Notes spéciales : _____

Le formulaire de référence rempli doit être scanné/envoyé par courrier électronique à l'adresse RSA.Transtion@dc.gov. Merci !