

# Demande et documentation du plan de mesures d'adaptation

## Renseignements sur la personne à l'origine de la demande

Prénom		Nom	
Nom unique			
Numéro de rue	Nom de la rue	Numéro du bureau ou de l'unité	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Numéro de téléphone mobile	
Faites-vous partie du personnel d'Embark étudiant corp.? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>Si oui, veuillez indiquer les renseignements suivants :</b>	Lieu de travail : _____	Courriel professionnel : _____	
Service _____	Gestionnaire : _____		
Titre professionnel : _____	_____		

## Détermination des exigences en matière de mesures d'adaptation\*

\* Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace

Votre demande de mesures d'adaptation est-elle liée à un ou plusieurs motifs de distinction illicites en vertu de la politique sur les mesures d'adaptation d'Embark étudiant corp.? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, indiquez quels sont les motifs de distinction illicite en question :	
<input type="checkbox"/> Croyances	
<input type="checkbox"/> Handicap	
<input type="checkbox"/> Situation familiale	
<input type="checkbox"/> Expression du genre	
<input type="checkbox"/> Identité du genre	
<input type="checkbox"/> Sexualité (y compris la grossesse et l'allaitement)	
<input type="checkbox"/> Autre motif _____	
<b>B. Si vous faites partie du personnel d'Embark étudiant corp. :</b>	
Quelles sont les tâches que vous ne pouvez pas accomplir ou les exigences que vous n'êtes pas en mesure de satisfaire?	
_____	
_____	

# Demande et documentation du plan de mesures d'adaptation

Quel est l'obstacle ou la restriction (limitation fonctionnelle) qui vous empêche de satisfaire à cette exigence d'emploi?

---

---

## **B. Si vous recevez des services d'Embark étudiant corp. :**

Quels sont les services ou les installations auxquels vous n'avez pas accès?

---

---

Quelle est la barrière ou la restriction (limitation fonctionnelle) qui vous empêche d'accéder à ces services ou à ces endroits?

---

---

## **C. Si vous avez posé votre candidature pour travailler auprès d'Embark étudiant corp. :**

Quel volet du processus vous empêche de poser votre candidature?

---

---

Quelle est la barrière ou la restriction (limitation fonctionnelle) qui vous empêche de satisfaire aux exigences de ce volet du processus?

---

---

## **Renseignements supplémentaires**

Il est à noter que les demandes de mesures d'adaptation doivent comprendre suffisamment de renseignements, y compris des documents objectifs, pour confirmer le besoin de mesures d'adaptation et le type de mesures d'adaptation requises. Les pièces justificatives doivent être vérifiables. La documentation d'appui pourrait ne pas être nécessaire pour les personnes faisant une demande de mesure d'adaptation fondée sur l'identité du genre, l'expression du genre ou une croyance.

Signature

Date (jj-mm-aaaa)

## **Réservé à l'usage du bureau**

Existe-t-il un lien entre les restrictions ou limitations fonctionnelles et un des motifs de distinction illicite (par exemple croyances, handicap, situation familiale, expression ou identité du genre, sexualité)

Oui  Non

## **Dans le doute, consultez le service des ressources humaines**

Avez-vous examiné les procédures relatives aux mesures d'adaptation? Lignes directrices pour les mesures d'adaptation relatives aux croyances, aux handicaps, à la situation familiale, à l'identité du genre, à l'expression du genre ou à une grossesse (y compris l'allaitement).

Oui  Non

# Demande et documentation du plan de mesures d'adaptation

<p>La personne à l'origine de la demande a-t-elle clairement indiqué quelles sont les restrictions ou limitations fonctionnelles? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>Dans la négative, déterminez les questions à poser ou demandez l'avis d'un membre du service des ressources humaines, au besoin. Consignez les questions et les réponses et joignez-les au présent formulaire.</b></p>			
<p>La personne à l'origine de la demande a-t-elle fourni des renseignements ou des documents adéquats confirmant qu'une mesure d'adaptation est nécessaire? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p><b>Dans la négative, demandez à recevoir des documents justificatifs ou consultez un membre expert en la matière</b></p>			
<p>Prenez note des détails quant aux personnes consultées et des commentaires fournis (par exemple, un membre du service de santé et réadaptation du personnel, spécialistes en soins de santé, Bureau des droits de la personne). Joignez tout commentaire obtenu au présent formulaire</p>			
<b>Restrictions/limitations fonctionnelles</b>			
<b>Sur quelles tâches ou quels services les restrictions ou limitations fonctionnelles ont-elles une incidence?</b>			
<b>Est-ce une tâche ou un service essentiel? Quelles modifications permettraient à la personne en question d'exécuter la tâche ou d'accéder au service?</b>			
<p>Des mesures d'adaptation sont-elles nécessaires? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/> Non</span></p> <p>Dans l'affirmative, communiquez avec la personne à l'origine de la demande pour discuter des mesures d'adaptation possibles. Continuez de documenter le processus, y compris les étapes indiquées ci-dessous.</p> <p><b>Dans la négative, consultez le service des ressources humaines</b></p>			
<b>Description des mesures d'adaptation :</b>			
Exigences ou tâches nécessitant des mesures d'adaptation			

# Demande et documentation du plan de mesures d'adaptation

Objectif de la mesure d'adaptation			
Stratégie d'adaptation et outils pour faciliter les tâches			
Coûts (si approprié)			

## Rôles et responsabilités :

Actions extraordinaires pour mettre en place des mesures d'adaptation		
Responsable : (nom et poste)		
Date d'échéance (jj-mm-aaaa) :		

**Échéancier : Date de début** (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ **Date de fin** (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

**Date de révision** (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_

Ce plan est-il préparé pour un membre du personnel vivant avec un handicap qui a besoin de renseignements sur les mesures d'urgence en milieu de travail?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la date à laquelle les renseignements sur les mesures d'urgence ont été fournis : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un membre du personnel, a-t-il reçu un plan personnalisé de mesures d'adaptation et a-t-il signé ce plan?  Oui  Non

Signature du gestionnaire	Date (jj-mm-aaaa)
Signature de la personne à l'origine de la demande	Date (jj-mm-aaaa)