|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-01947FR (11/2018) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **MANUEL D'INSTRUCTION DES PARTICIPANTS À IRIS : ATTESTATION****(IRIS PARTICIPANT EDUCATION MANUAL: ACKNOWLEDGEMENT)** |
| **INSTRUCTIONS :** Ce formulaire sert d’attestation de réception de l’instruction des participants au programme IRIS. Ce formulaire n’est pas exigé par la loi de l’État du Wisconsin ; il est toutefois requis par le programme IRIS. Le participant et son conseiller IRIS doivent remplir et signer ce formulaire à la fin de l'examen et de la discussion du manuel d'instruction du participant à IRIS ([P-01704](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01704.pdf)). Les renseignements permettant d'identifier une personne sur ce formulaire sont recueillis pour vérifier que l'examen est complet ; ils ne seront utilisés qu'à cette fin. |
| **SECTION I – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES** |
| Nom du participant (nom, prénom) : | Numéro MCI du participant |
|       |       |
| Nom de votre conseiller IRIS | Nom de votre IRIS Consultant Agency (agence de conseil IRIS) |
|       |       |
| Nom du ou des tuteurs et/ou de la ou des personnes ayant une procuration (le cas échéant) |
|       |
| Moi (le participant), j'ai un ou une : [ ]  Tuteur à la personne [ ]  Procuration pour les soins de santé [ ]  Ni l'un ni l'autre |
| Moi (le participant), j'examine le manuel d'instruction du participant pour :[ ]  Orientation initiale [ ]  Visite annuelle [ ]  Correction d'examen de dossier [ ]  Gestion erronée/ad hoc |
| **SECTION II – ATTESTATION** |
| En apposant mes initiales ci-dessous, j'atteste avoir reçu et examiné les sections suivantes du manuel d'instruction du participant à IRIS ([P-01704](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01704.pdf)) avec mon conseiller IRIS : |
| **3.0 Responsabilités de l'auto-prise en charge** | **4.0 Suivi de mon budget et élaboration de mon programme**  |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **5.0 Prévention de la mauvaise gestion budgétaire et de la fraude** | **6.0 Conflits d'intérêts** |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **7.0 Signalement des incidents critiques** | **8.0 Mesures restrictives** |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **9.0 Informations annuelles sur les soins de santé** | **10.0 Politique de vérification des antécédents** |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **11.0 Règles de santé et de sécurité pour les 40 heures de travail** | **12.0 Formation des assistants embauchés par les participants** |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **13.0 Avis d'action et demandes d'audience impartiale** | **14.0 Plaintes et griefs** |
| Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur | Date de l'examen | Initiales – Participant ou tuteur |
|  |  |  |  |
| **Déclaration d'attestation :** |
| 1. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que j'avais à mon conseiller IRIS.
2. Je conserverai et consulterai le manuel d'instruction des participants à IRIS ([P-01704](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p01704.pdf)) pour de plus amples renseignements.
3. Je comprends que si à l'avenir j'ai des questions sur mes responsabilités en tant que participant à IRIS, je peux les adresser à mon conseiller IRIS.
 |
| **SIGNATURE** – Participant | Date de signature |
|  |  |
| **SIGNATURE** – Tuteur ou décideur légal (le cas échéant) | Date de signature |
|  |  |
| **(Conseiller IRIS)** Ma signature ci-dessous indique que j’ai personnellement examiné ce document avec le participant et/ou le tuteur et que je lui ai donné l’occasion de poser des questions. |
| **SIGNATURE** – Conseiller IRIS | Date de signature |
|  |  |
| **NE REMPLISSEZ LES CHAMPS CI-DESSOUS QUE SI LE PARTICIPANT À IRIS EFFECTUE SON ÉVALUATION ANNUELLE** |
| Ma signature ci-dessous indique que j'ai dispensé une formation à tous mes assistants actifs embauchés par le participant concernant mes besoins liés, entre autres, aux tâches de soins à domicile, aux services de relève, au transport, aux aptitudes à la vie quotidienne, à l'emploi assisté et/ou aux besoins de soutien comportemental. |
| **SIGNATURE** – Participant | Date de signature |
|  |  |
| **INSTRUCTIONS** |
| **REMARQUE IMPORTANTE : Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires. Un formulaire incomplet entraînera des retards de traitement.** |
| **Qui doit utiliser ce formulaire**Ce formulaire doit être utilisé par les IRIS consultant agencies (agences de conseil IRIS) au service des participants qui s'inscrivent au programme IRIS. Si des corrections s'avèrent nécessaires à un moment donné, ce formulaire doit être utilisé par le conseiller IRIS pour instruire à nouveau le participant et/ou son représentant légal sur certaines sections/informations. Si une nouvelle instruction est nécessaire, un nouveau formulaire doit être rempli pour indiquer les sections qui ont été examinées et la date à laquelle cet examen a été effectué. |
| **Comment remplir ce formulaire**Ce formulaire doit être rempli et soumis par voie électronique. Ce document est un document Microsoft Word à remplir, qui nécessite néanmoins une signature manuscrite du participant et/ou de son représentant légal, ainsi que du conseiller IRIS. Utilisez la touche de TAB ou CLICK (tabulation ou le clic) pour passer d'un champ à l'autre. |
| **SECTION I – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES** |
| **Nom du participant :** Inscrire le nom du participant. | **Numéro MCI du participant :** Inscrire le MCI du participant. |
| **Nom de votre conseiller IRIS :** Inscrire le nom du conseiller IRIS. | **Nom de votre IRIS Consultant Agency (agence de conseil IRIS) :**  Inscrire le nom de l'ICA. |
| **Nom du ou des tuteurs et/ou de la ou des personnes ayant une procuration (le cas échéant) :** Inscrire le nom complet du tuteur ou de la personne ayant une procuration du participant. |
| **Indiquez si vous avez quelqu'un qui vous aide dans votre auto-prise en charge :** S'il s'agit d'un tuteur actuel de la personne, d'une procuration activée pour les soins de santé, ou ni l'un ni l'autre. |
| **Indiquez la raison de l'examen du manuel d'instruction du participant :** Si c'est dans le cadre de l'orientation initiale, de la visite annuelle ou de la correction d'examen de dossier. |
| **SECTION II – ATTESTATION** |
| **Section du manuel :** Chaque section aura son propre numéro et sera indiquée au-dessus de la zone dans laquelle le participant ou son tuteur doit signer et inscrire la date à laquelle la section a été examinée avec le conseiller IRIS. |
| **Date de l'examen** | **Initiales – Participant ou tuteur** |
| Le participant/tuteur doit inscrire la date d'examen de la section avec le conseiller IRIS. Les sections doivent être datées au fur et à mesure de leur examen. | Le participant/tuteur doit parapher chaque chapitre à la fin de la révision pour indiquer qu'il a été examiné avec le conseiller IRIS à la date indiquée à gauche de la zone de signature. |
| **SIGNATURE** – Participant |
| Le participant doit signer le formulaire une fois que **TOUTES** les sections ont été examinées avec le conseiller IRIS. Si une correction était nécessaire, le participant doit signer après que toutes les sections nécessitant une nouvelle instruction aient été examinées avec le conseiller IRIS. |
| **SIGNATURE** – Tuteur ou décideur légal (le cas échéant) |
| Le tuteur/la personne ayant procuration doit signer le formulaire une fois que toutes les sections ont été examinées avec le conseiller IRIS. Si une correction était nécessaire, le tuteur/la personne ayant procuration doit signer après que toutes les sections nécessitant une nouvelle instruction aient été examinées avec le conseiller IRIS. |
| **SIGNATURE** – Conseiller IRIS |
| Le conseiller doit signer le formulaire après avoir vérifié que le participant et/ou le tuteur ou la personne ayant procuration n'ont pas d'autres questions concernant le manuel. |
| **Personne remplissant ce formulaire**En soumettant ce formulaire, vous garantissez que les renseignements que vous avez fournis ont été vérifiés et sont exacts au meilleur de votre connaissance. |
| **Comment soumettre ce formulaire**Une fois rempli, ce formulaire doit être téléchargé dans le dossier du participant concerné dans le système WISITS. |