

## Instructions – Formulaires de consentement

### Consentement de la personne (page 1)

*Ce consentement est pour que nous puissions recueillir de l'information personnelle au sujet de l'individu et possiblement partager cette information avec des organismes fournissant des services.*

- Signé et daté par:
  - L'individu **ou**
  - Le mandataire ou tuteur

### Consentement de la personne (page 2)

*Cette partie du consentement de la personne est pour déclarer que l'information recueillie pour la demande de service, à votre sujet, est vrai et sincère.*

- Signé et daté par:
  - L'individu **ou**
  - Le mandataire ou tuteur

### Consentement de l'aidant naturel (les 2 sections)

*Ce consentement est afin que nous puissions demander aux aidants naturels des informations à leur sujet et noter cette information dans le rapport.*

- Les 2 sections signées et datées par:
  - Tous les membres de la famille ou aidants naturels (qui vivent avec le client) et qui vont assister à la réunion.
- Aussi inscrire le nom du client sur la 1<sup>e</sup> ligne

### Formulaire de consentement pour représenter la personne

*Ce consentement est pour que la personne représentant le client puisse répondre aux questions au nom du client.*

- 1<sup>e</sup> ligne – Le nom du client
- 2<sup>e</sup> ligne – Le nom de la personne que le client approuve à les représenter
  - Cette personne doit également mettre leur information de contact
- Le client/la cliente doit signer et dater devant un témoin

*Veillez noter qu'il est important de remplir et d'envoyer les formulaires de consentement dès que possible. Par la poste à une des adresses ci-bas ou par télécopieur au 705-495-1373.*

*Si les consentements ne sont pas reçus avant la date du rendez-vous, l'évaluation peut être annulée.*

## Consentement de la personne

La trousse de demande (Demande de services et soutiens pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et Échelle d'intensité de soutien) recueille des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels sur les personnes qui font des demandes de soutiens et de services financés par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Ces renseignements seront utilisés par **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle** pour évaluer les besoins de services et de soutiens de la personne. Les renseignements seront communiqués à son ou ses fournisseurs de services aux fins de planification individuelle des services, et au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires aux fins de planification et de prévision des besoins en services dans toute la province.

Je consens à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels me concernant qui sont fournis dans cette trousse de demande aux fins susmentionnées. La collecte de renseignements personnels dans cette trousse de demande est autorisée en vertu de l'article 35 de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*.

Je comprends que les renseignements seront conservés dans un dossier confidentiel. On m'a expliqué mon droit d'avoir accès aux renseignements personnels et aux renseignements médicaux personnels et de les rectifier.

Je comprends que les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels me concernant peuvent être divulgués à plusieurs organismes fournissant des services pour que je puisse avoir accès aux services les plus adéquats.

Je comprends également que l'on communiquera des renseignements anonymes me concernant au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires aux fins de planification et de prévisions des besoins en services et en soutiens individuels dans toute la province en vertu du paragraphe 35(1) de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*.

.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du mandataire spécial/ tuteur (le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

Je soussigné(e) auteur(e) de la demande de services, déclare que les déclarations me concernant dans la Demande de services et soutiens pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et dans l'Échelle d'intensité de soutien sont vraies et sincères.

---

Signature de la personne

Date

---

Nom en caractères d'imprimerie

---

Signature du mandataire spécial/ tuteur (le cas échéant)

Date

---

Nom en caractères d'imprimerie

**Veillez noter qu'il est important de remplir et d'envoyer les formulaires de consentement dès que possible. Par la poste à une des adresses ici-bas ou par télécopieur au 705-495-1373.**

Si vous avez des questions concernant l'utilisation prévue des renseignements personnels qui seront recueillis en utilisant la trousse de demande, veuillez communiquer avec:

**Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle Région du Nord-Est au 1-855-376-6376.**

## Consentement de l'aidant naturel

La trousse de demande (Demande de services et soutiens pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et Échelle d'intensité de soutien) recueille des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels sur les aidants naturels (ex. Les parents) des personnes qui font des demandes de soutiens et de services financés par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Ces renseignements seront utilisés par **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle Région du Nord-Est** afin de prioriser les demandes individuelles de services et de soutiens.

Je consens à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels me concernant qui sont fournis dans cette trousse de demande aux fins susmentionnés. La collecte de renseignements personnels dans cette trousse de demande est autorisée en vertu de l'article 35 de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*.

Je comprends que les renseignements seront conservés dans un dossier confidentiel. On m'a expliqué mon droit d'avoir accès aux renseignements personnels et aux renseignements médicaux personnels et de les rectifier.

**Je comprends que les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels me concernant peuvent être divulgués à plusieurs organismes fournissant des services pour que je puisse avoir accès aux services les plus adéquats.**

Je comprends également que l'on communiquera des renseignements anonymes me concernant au ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires aux fins de planification et de prévisions des besoins en services et en soutiens individuels dans toute la province en vertu du paragraphe 35(1) de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle*.

---

Nom de la personne

---

Signature du membre de la famille/ de l'aidant naturel  
(de qui l'information personnelle est demandée)

---

Date

---

Je déclare que les déclarations me concernant dans la Demande des services et soutiens sont vraies et sincères.

---

Signature du membre de la famille/ de l'aidant naturel  
(de qui l'information personnelle est demandée)

---

Date

---

Nom en caractères d'imprimerie

Veillez noter qu'il est important de remplir et d'envoyer les formulaires de consentement dès que possible. Par la poste à 391, rue OAK est, North Bay, Ontario, P1B 1A3 ou par télécopieur au 705-495-1373.

Si vous avez des questions concernant l'utilisation prévue des renseignements personnels qui seront recueillis en utilisant la trousse de demande, veuillez communiquer avec:  
Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle Région du Nord-Est au 1-855-376-6376.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR REPRÉSENTER LA PERSONNE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise par les présentes \_\_\_\_\_ à agir comme mon/ ma représentant(e) pour remplir la Demande de services et soutiens pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et l'Échelle d'intensité de soutien. J'autorise mon représentant / ma représentante a divulguer des renseignements personnels me concernant et des renseignements médicaux personnels me concernant à **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, Région du Nord-Est** et a d'autres fournisseurs de services lorsque c'est nécessaire pour traiter ma demande.

J'autorise de plus **Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, Région du Nord-Est** à divulguer à mon représentant/ ma représentante des renseignements personnels me concernant lorsqu'ils peuvent être nécessaires pour traiter ma demande.

Signature de la personne qui nomme un(e) représentant(e)

Date

Signature du témoin

Date

Coordonnées du/ de la représentant(e) :

Adresse

Numéro de téléphone

Courriel

Numéro de télécopieur

**Veillez noter qu'il est important de remplir et d'envoyer les formulaires de consentement dès que possible. Par la poste à une des adresses ici-bas ou par télécopieur au 705-495-1373.**