FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DONNÉ PAR LE MANDATAIRE

Réseau d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels
conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé,
à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et
à la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée

Au : **Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington**

et à/au :_____ **[insérer le nom du fournisseur de services de santé]**

Je, _____ [insérer le nom du mandataire], déclare que j'ai le droit de signer ce formulaire de consentement au nom de _____ [insérer le nom de la personne] en tant que :

- ❏ personne autorisée par écrit à agir au nom de cette personne ayant au moins 16 ans, si la personne est capable et âgée d'au moins 16 ans;
- ❏ parent de cette personne ou société d'aide à l'enfance ou autre personne qui est légalement en droit d'accorder ou de refuser un consentement au nom du parent, si cette personne est un enfant de moins de 16 ans;
- ❏ fiduciaire testamentaire ou la personne s'étant chargé d'administrer la succession d'une personne décédée n'ayant pas de fiduciaire testamentaire, si cette personne est décédée;
- ❏ personne qui, en vertu de la loi de l'Ontario ou du Canada suivante, est autorisée ou obligée à agir au nom de cette personne : _____

OU

Si cette personne est incapable (notez que vous avez seulement le droit de signer le présent formulaire de consentement au nom d'une personne incapable s'il n'y a personne d'autre occupant un rang plus élevé que vous dans la liste suivante)

- ❏ titulaire de cette personne, si le titulaire a l'autorisation d'accorder ou de refuser un consentement au nom de cette personne;
- ❏ procureur au soin de la personne, si le procureur au soin de la personne a l'autorisation d'accorder ou de refuser un consentement au nom de cette personne;
- ❏ représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité en vertu de l'article 27 de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé si le représentant nommé a l'autorisation d'accorder ou de refuser un consentement au nom de cette personne;
- ❏ conjoint ou conjointe* ou partenaire**;
- ❏ enfant ou parent (sans inclure un parent qui a seulement le droit d'accès) ou une société d'aide à l'enfance ou autre personne qui est légalement en droit d'accorder ou de refuser un consentement au nom du parent;
- ❏ parent ayant seulement le droit d'accès à cette personne;
- ❏ frère ou sœur;
- ❏ membre de la famille non nommé ci-dessus.

Je, _____ [insérer le nom du mandataire], autorise _____ [insérer le nom du fournisseur de services de santé] (le « fournisseur de services de santé ») et son personnel, ainsi que le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington _____ [insérer le nom du RLISS] (le « RLISS ») et son personnel, à s'échanger entre eux des renseignements personnels sur ma santé et d'utiliser ces renseignements personnels comme ils le jugent approprié, aux fins indiquées ci-dessous et de la façon décrite_____ [insérer le mode de communication, p. ex. par courriel, au téléphone, par écrit ou autre] au RLISS le _____ [insérer la date].

Avis sur les fins et l'autorité légale :
Le RLISS recueille les renseignements mentionnés ci-dessus afin d'examiner plus avant les préoccupations que vous avez soulevées relativement à des services ayant été ou qui seront fournis à_____ [insérer le nom de la personne] par le fournisseur de services de santé, et dans l'accomplissement de ses fonctions et de son mandat en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système santé local. Le RLISS se servira uniquement des renseignements aux fins décrites ci-dessus.
Si vous avez des questions au sujet de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements personnels ou du formulaire de consentement, veuillez communiquer avec :

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
Jill Kolb, Community Engagement Specialist
50, chemin Sportsworld Crossing, édifice Est, bureau 220, Kitchener (Ontario) N2P 0A4
519-650-4472 Poste : 249

Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement

_____ _____
Signature du mandataire Date

_____
Nom du mandataire (écrire en lettres moulées)

* Le terme « conjoint » renvoie à deux personnes qui sont a) unies par les liens du mariage ou b) vivent ensemble dans une relation conjugale sans être mariées et qui vivent ensemble depuis au moins un an, sont ensemble les parents d'un enfant, ou qui ont conclu une entente de cohabitation en vertu de l'article 53 de la Loi sur le droit de la famille, sauf s'ils ne vivent pas ensemble en raison d'une séparation.

** Le terme « partenaire » renvoie à une de deux personnes qui vivent ensemble depuis au moins un an et qui ont une relation personnelle étroite étant d'importance primaire dans la vie des deux personnes.