

(Un service à but non lucratif pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement)

Consentement à la communication de renseignements

Je conviens et accepte que la personne ou l'organisme indiqué ci-dessous ait mon consentement de divulguer l'information indiquée à SCS.

Je comprends que la collecte, l'utilisation et la divulgation de toute information personnelle ont pour objet de m'aider à trouver les supports et les services appropriés et de recevoir des renseignements de la part de SCS ou toute organisation autorisée par SCS, et ce, de façon conforme à la politique de SCS sur la protection des renseignements personnels, une copie de laquelle est disponible au <http://scsonline.ca>, ou a autrement été mise à ma disposition.

Il est entendu que je puisse demander conseil légal en ce qui concerne ce consentement.

RENSEIGNEMENTS S'APPLIQUANT À :

_____	_____
(Prénom et nom de famille)	(Date de naissance - année/mois /jour)

JE CONSENS à ce que l'information suivante soit donnée,

Décrivez le genre d'information (c.-à-d. psychologique, social, etc.) :

DE:

Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'où provient l'information ainsi que le nom de la personne contacte (si disponible):

À :

Indiquez le nom, l'adresse et la personne contacte (si disponible) de l'organisme où sera transmis l'information:	
Service Coordination Soutien (SCS) pour les personnes ayant une déficience intellectuelle 507 – 1400 boul. St Laurent Ottawa ON K1K 4H2	Service de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience instinctuelle Région de l'Est 507 – 1400 boul. St Laurent Ottawa ON K1K 4H2

CONSENTEMENT DONNÉ PAR :

_____	(Date) _____
(Signature ou marque de la personne requérante ou utilisant des services)	
_____	(Date) _____
(Signature du parent ou tuteur lorsque la loi l'exige)	
_____	(Date) _____
(Témoin)	

Ce consentement peut être annulé par écrit en tout temps par la personne requérant ou utilisant des services.

NOTES:

Le consentement à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de renseignements contenus dans un dossier clinique peut être donné par le client/requérant si celui-ci est mentalement capable ou par la personne autorisée en vertu de l'article 1a de la Loi à donner consentement au nom du client/requérant (voir le paragraphe 29(3) de la Loi).

L'article 1 de la Loi sur la santé mentale définit "mentalement capable" comme suit: "État de la personne qui est capable de comprendre l'objet du consentement qu'on lui demande et les conséquences qui peuvent résulter du fait qu'elle donne ou refuse son consentement".

Le paragraphe 1a(1) de la Loi stipule ce qui suit:

1. Le tuteur à la personne de l'incapable, s'il a le pouvoir de donner ou de refuser son consentement au traitement.
2. Le procureur au soin de la personne de l'incapable, si la procuration confère le pouvoir de donner ou de refuser le consentement au traitement.
3. Le représentant de l'incapable, nommé par la Commission en vertu de l'article 33, s'il a le pouvoir de donner ou de refuser son consentement au traitement.
4. Le conjoint ou le partenaire de l'incapable.
5. Un enfant ou le père ou la mère de l'incapable, ou une société d'aide à l'enfance ou une autre personne qui a légitimement le droit de donner ou de refuser son consentement au traitement à la place du père ou de la mère. La présente disposition ne vise pas le père ou la mère qui n'a qu'un droit de visite. Elle ne vise pas non plus le père ou la mère si une société d'aide à l'enfance ou une autre personne a légitimement le droit de donner ou de refuser son consentement au traitement à la place du père ou de la mère.
6. Le père ou la mère de l'incapable qui n'a qu'un droit de visite.
7. Un frère ou une soeur de l'incapable.
8. Tout autre parent de l'incapable.

Un formulaire de consentement doit être rempli pour chaque demande d'information d'un troisième parti.

(A non-profit service supporting people with developmental disabilities and pervasive developmental disorders)

Consent to release Documents and/or Information

I acknowledge and agree that the party below has my consent for disclosure to SCS.

I understand that the collection, use and disclosure of any personal information will be for the purposes of assisting me in finding appropriate supports and services and providing information to me by SCS, or any organization authorized by SCS, and only in a manner consistent with SCS's Privacy Policy, a copy of which is available at <http://scsonline.ca/>, or has otherwise been made available to me.

I understand I may seek legal advice regarding this consent.

RELATING TO:

_____	_____
(Full name of person)	(Date of birth – yyyy/mm/dd)

I CONSENT to the delivery of the following information,

Describe here the nature of information: (e.g.: psychological; social; etc.)
--

From:

Describe here the name, address and phone number of the source of the information along with the contact person (if possible):
--

To:

State here the name, address and contact person (if possible) of the organization the information will go to:	
Service Coordination Support (SCS) for People with Developmental Disabilities 507 – 1400 boul. St Laurent Ottawa ON K1K 4H2	Developmental Services Ontario for People with Developmental Disabilities Eastern Region 507 – 1400 boul. St Laurent Ottawa ON K1K 4H2

AND WITH CONSENT GIVEN BY:

_____	(Date) _____
Signature or mark of Person requesting/using service	
_____	(Date) _____
Signature of Parent/Guardian (where required by law)	
_____	(Date) _____
(Witness)	

This Consent may be cancelled at any time upon written notice of person requesting or using the service.

NOTES

Consent to the disclosure, transmittal or examination of a clinical record may be given by the client/applicant, where mentally competent, or where the client/applicant is not mentally competent, by the person authorized under Section 35 of the Mental Health Act.

The Act states where the person is not mentally competent, such information may be given to any person with the consent of the person entitled to give or refuse consent to a treatment of behalf of the person under the Health Care Consent Act 1996, or of the representative appointed under section 36.1 or 36.2.

The persons entitled to give or refuse consent under the Health Care Consent Act 1996, in order of ranking, are as follows:

1. The incapable person's guardian, if the guardian has authority to give or refuse consent to the treatment.
2. The incapable person's attorney for personal care, if the power of attorney confers authority to give or refuse consent to the treatment.
3. The incapable person's representative appointed by the Board under section 33, if the representative has authority to give or refuse consent to the treatment.
4. The incapable person's spouse or partner.
5. A child or parent of the incapable person, or a children's aid society or other person who is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in the place of the parent. This paragraph does not include a parent who has only a right of access. If a children's aid society or other person is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in the place of the parent, this paragraph does not include the parent.
6. A parent of the incapable person who has only a right of access.
7. A brother or sister of the incapable person.
8. Any other relative of the incapable person.

For each request to obtain client information from a third party, a new consent must be signed.