

Consentement pour la collecte et l'utilisation des renseignements

Les Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle de la région de Hamilton-Niagara (SOPDI RHN) consistent en un programme administré par Contact Hamilton pour les services à l'enfance et à l'adaptation (Contact Hamilton). Les SOPDI RHN sont financés par le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. Les activités d'administration du programme des SOPDI RHN de Contact Hamilton sont régies par les lois de l'Ontario, dont la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* ainsi que les règlements y afférents.

Contact Hamilton respecte la vie privée des particuliers et maintient la confidentialité des renseignements qu'elle collecte, utilise et divulgue. Contact Hamilton s'efforce en conséquence de faire prévaloir les droits appropriés en matière de protection des renseignements personnels en élaborant et en respectant une politique sur la vie privée et les pratiques d'information. **Contact Hamilton sollicite votre consentement pour :**

- **collecter des renseignements auprès de la personne ou du fournisseur de services nommé ci-dessous; et**
- **utiliser les renseignements collectés auprès de cette personne ou de ce fournisseur de services.**

Si vous ne donnez pas votre consentement, Contact Hamilton ne pourra pas collecter et utiliser les renseignements.

Je, _____,
(nom de la personne donnant le consentement) _____,
(lien avec le client)

au nom de _____,
(nom du client) _____, _____
(date de naissance : JJ-MM-AAAA)

autorise Contact Hamilton, l'administrateur des SOPDI RHN, à collecter et à utiliser les renseignements de la personne ou du fournisseur de services ci-dessous aux fins indiquées :

Nom de la personne ou du fournisseur de services	Fins de la collecte et de l'utilisation

Je reconnaiss et comprends que Contact Hamilton ne collectera ou n'utilisera pas de renseignements personnels sans consentement, à moins que la loi ne l'y autorise ou ne l'exige.

Je consens également à ce que Contact Hamilton, l'administrateur des SOPDI RHN, divulgue à la personne ou au fournisseur de services susnommé des renseignements sur la planification de services, y compris sur les services que je reçois actuellement ou que j'attends.

Je reconnaiss et comprends que je peux retirer mon consentement par écrit en tout temps, et que ce retrait entrera en vigueur au moment de la demande.

(signature de la personne donnant le consentement)

(date) JJ-MM-AAAA

Si le consentement a été donné verbalement – date, nom et signature de l'employé des SOPDI RHN :

Date

Nom

Signature