



System of Care Système de soins

Partage de renseignements avec d'autres fournisseurs de services Formulaire de consentement

Nom du client (en caractères d'imprimerie) et date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Veillez choisir l'une des options suivantes :

- Consentement** : Je consens à la collecte et à la communication de mes renseignements personnels sur la santé aux membres du Système de soins du district de Cochrane, y compris par l'entremise du SISA, afin de figurer sur la liste de noms. Je comprends que je ne suis pas tenu de fournir ce consentement pour recevoir un service.
 - Je déclare être le parent ayant la garde des personnes à charge énumérées ci-dessous, qui sont âgées de moins de 16 ans. Tout consentement donné dans le présent document est également lié à mes personnes à charge qui sont énumérées ci-dessous.
- Retrait du consentement** : Je comprends que j'ai demandé de retirer mon consentement à la communication future et continue de mes renseignements. Je comprends qu'en retirant mon consentement, mon dossier actuel sera toujours à la disposition des membres du Système de soins du district de Cochrane.
- Refus de participer** : Je ne consens pas à partager mes renseignements personnels entre les membres du Système de soins du district de Cochrane, et je comprends que je limite mon admissibilité à certains programmes et services.

Je comprends qu'en signant ce formulaire de consentement, je donne mon consentement éclairé pour accéder aux services de logement offerts. Le consentement éclairé signifie que j'ai reçu des renseignements clairs et compréhensibles sur la nature et l'objectif de ces services, ainsi que sur les risques et avantages potentiels. J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des éclaircissements.

Je reconnais que ma participation est entièrement volontaire et que je n'ai aucune obligation de poursuivre si je décide de ne pas le faire. Je suis conscient que je peux retirer mon consentement à tout moment sans subir de conséquences négatives.

En signant ci-dessous, je confirme que j'ai la capacité de prendre cette décision et que j'accepte de participer en tant que client du Système de soins avec une compréhension complète des mesures qui en découlent. Je reconnais avoir lu, ou qu'on m'a lu, le présent formulaire de consentement et j'en comprends et accepte le contenu.

Nom du client	
Signature du client	
Date de la signature (AAAA-MM-JJ)	
Noms des personnes à charge (veuillez énumérer toutes les personnes à charge)	
Fournisseur de services (organisme)	
Fournisseur de services (membre du personnel)	
Titre	
Signature	
Date de la signature (AAAA-MM-JJ)	
Expiration du consentement (un an après la date de signature)	

Le coordonnateur de l'accueil de la liste de noms communiquera avec vous dans un délai de dix (10) jours ouvrables. Veuillez indiquer la meilleure façon de vous joindre.

Numéro de téléphone 1	
Numéro de téléphone 2	
Adresse courriel 1	
Adresse courriel 2	
Facebook Messenger (nom)	
Instagram (nom)	@
Autre (veuillez préciser)	



System of Care Système de soins

Renseignements importants au sujet du consentement SISA (Système d'information sur les personnes et les familles sans abri)

Que signifie ce formulaire de consentement pour moi et mes renseignements?

Dans le district de Cochrane, les fournisseurs de services collaborent au sein du Système de soins dans le but d'améliorer l'accessibilité au logement, de prévenir l'itinérance et de mettre fin au sans-abrisme chronique. Dans le cadre de leur travail, différents fournisseurs de services peuvent aider la même personne ou la même famille à trouver et à conserver un logement. Avec votre consentement, et seulement au besoin, les fournisseurs de services s'échangeront des renseignements pour vous offrir de meilleurs services.

Qu'est-ce que le Système d'information sur les personnes et les familles sans abri (SISA)?

Le SISA est une base de données électronique où un groupe d'organismes peut partager vos renseignements personnels pour vous aider à trouver ou à maintenir un endroit à vivre.

Qui utilisera mes renseignements?

Les organismes de notre région qui utilisent notre système d'accès coordonné auront accès à votre nom et à des renseignements de base à votre sujet. Vous pouvez demander de plus amples renseignements sur les personnes qui auraient accès à vos renseignements en tout temps en communiquant avec le coordonnateur de l'accueil de la liste de noms.

Des renseignements anonymes seront également communiqués au gouvernement du Canada et à la province de l'Ontario à des fins de recherche, d'évaluation et d'administration liées au logement et à l'itinérance au Canada. Ce partage ne comprendra jamais votre nom ni aucun renseignement permettant de vous identifier. Les renseignements contenus dans la base de données du SISA sont protégés et ne sont pas partagés ni utilisés à d'autres fins sans votre consentement, à moins que la loi ne l'exige.

Les types de fournisseurs de services communautaires qui auront accès à vos renseignements comprennent les suivants :

- Service de travailleurs de rue
- Refuge d'urgence
- Centre d'accueil pour sans-abri
- Réduction des méfaits et services médicaux
- Programme de logement rapide
- Logement de transition
- Système d'accès coordonné
- Autres programmes et services pertinents

Que se passe-t-il si vous ne consentez pas à la communication de vos renseignements personnels?

Le consentement à la communication de vos renseignements est volontaire. Le refus de le faire ne limitera pas votre accès aux services d'urgence comme les services de travailleurs de rue ou les refuges d'urgence, mais pourrait limiter certaines options de logement et de services qui s'offrent à vous. Par exemple, sans consentement, votre nom ne peut pas être ajouté à la liste de noms; il se peut donc que votre demande de logement ne soit pas traitée en ordre de priorité. Même si votre nom ne figure pas sur la liste, vous avez toujours accès aux services du Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane, y compris la liste d'attente de logement et Ontario au travail.

Que se passe-t-il s'il y a des renseignements que je ne souhaite pas communiquer?

Si vous croyez que certains de vos renseignements sont de nature délicate ou que le fait de partager certains détails pourrait avoir une incidence sur votre sécurité ou celle d'autres personnes, veuillez en discuter immédiatement avec le personnel.

Que dois-je faire si je change d'avis au sujet du consentement?

Vous pouvez retirer votre consentement et ne plus permettre que vos renseignements personnels soient conservés dans la base de données électronique en tout temps en vous adressant au personnel ou en soumettant un formulaire de retrait de consentement au personnel du Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane ou à l'un des fournisseurs de services communautaires. Si vous retirez votre consentement, les fournisseurs de services communautaires n'y entreront plus de renseignements et le personnel continuera de travailler avec vous pour vous aider à trouver un logement à l'extérieur du système. Si vous avez d'autres questions sur le retrait de votre consentement, veuillez communiquer avec le coordonnateur d'accueil de la liste de noms en écrivant à bnl@cdssab.on.ca.

Des renseignements peuvent être communiqués sans votre consentement dans les cas suivants :

- une personne est victime ou pourrait être victime de maltraitance ou de préjudice;
- une personne constitue une menace directe pour elle-même ou pour les autres;
- une ordonnance du tribunal exige la communication de renseignements.

Qu'est-ce que la LPRPS?

La *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* établit des règles pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels sur la santé. Ces règles s'appliqueront à tous les dépositaires de renseignements sur la santé qui exercent leurs activités dans la province de l'Ontario ainsi qu'aux personnes et aux organismes qui reçoivent des renseignements personnels sur la santé des dépositaires de renseignements sur la santé. Les règles reconnaissent le caractère unique des renseignements personnels sur la santé — comme l'un des types de renseignements personnels les plus sensibles qui sont fréquemment partagés à diverses fins, y compris les soins et le traitement, la recherche en santé et la gestion de notre système de soins de santé financé par le secteur public.

Cette loi établit un équilibre entre le droit des particuliers de protéger les renseignements personnels sur leur santé et les besoins légitimes des personnes et organismes qui fournissent des services de santé et qui doivent obtenir et échanger des renseignements. Sauf dans des cas particuliers, la Loi oblige les dépositaires de renseignements sur la santé à obtenir le consentement des particuliers concernés avant de recueillir, d'utiliser ou de divulguer des renseignements personnels sur la santé. En outre, les particuliers ont le droit d'accéder aux renseignements personnels sur leur santé et d'en demander la rectification.

EN SIGNANT CE FORMULAIRE :

- Je comprends que mes renseignements serviront à accéder aux services qui m'aideront, moi ou ma famille, à trouver et à conserver un logement. Mes renseignements peuvent également servir à éclairer les améliorations futures du service.
- Je comprends que mes renseignements seront consignés dans la base de données sécurisée du Système d'information sur les personnes et les familles sans abri (SISA). Le SISA est utilisé par les fournisseurs de services du district de Cochrane pour documenter et partager mes renseignements.
- Je comprends que je peux retirer ou limiter mon consentement en tout temps.