

**Service Coordination Soutien (SCS)  
 pour les personnes ayant une déficience intellectuelle  
 1400 Boul. St. Laurent, bureau 507, Ottawa (Ontario) K1K 4H4**

**Consentement à la collecte, utilisation et divulgation de renseignements**

**Service Coordination Soutien (SCS) pour les personnes ayant une déficience intellectuelle** est un organisme sans but lucratif financé par la province offrant des services aux adultes et aux enfants ayant une déficience intellectuelle, ainsi qu'aux enfants autistes. Nous aidons les personnes et leur famille à prévoir et obtenir des ressources communautaires. SCS respecte la *Loi de 2008 sur les services et les soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

<b>Parafer</b>	Veuillez parafer toutes les sections
<input type="checkbox"/>	Je comprends que, pour me mettre en contact avec les tiers fournisseurs de services qui répondent le mieux à mes besoins, SCS devra divulguer mes renseignements personnels aux organismes. SCS trouvera un équilibre entre la nécessité de préserver ma confidentialité et la nécessité de donner aux organismes suffisamment d'information pour évaluer leur capacité à offrir des services de qualité qui promeuvent la sûreté et la sécurité de tous, ce qui signifie un devoir d'avertir les fournisseurs de services lorsque c'est nécessaire et approprié de le faire. La divulgation de renseignements se fera uniquement d'une manière conforme à la politique relative à la vie privée et à la confidentialité de SCS dont une copie est affichée à l'adresse <a href="http://scsonline.ca/">http://scsonline.ca/</a> .
<input type="checkbox"/>	Je comprends que je peux obtenir un avis juridique au sujet du présent consentement et que je peux, en tout temps, retirer mon consentement, demander de consulter mon dossier, demander la correction de l'information ou, si je crois que mes droits à la vie privée ont été violés de quelque manière que ce soit, communiquer avec l'agent du service de protection de la vie privée à l'adresse : <a href="mailto:Privacy@scsonline.ca">Privacy@scsonline.ca</a>
<input type="checkbox"/>	Je reconnais que le ministère peut recueillir mes renseignements personnels aux fins de l'administration de la Loi et des règlements, ainsi qu'aux fins de surveillance, d'examen et de planification relativement aux besoins en matière de services et de soutien dans la collectivité.

**Exemples de collecte, d'utilisation et de divulgation (pour en voir la liste complète, consultez la politique à l'adresse <http://scsonline.ca/>)**

1. Vous offrir de l'information sur les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou atteint d'autisme Ottawa;
2. Vous aider à compléter le processus d'inscription afin d'accéder à ces services;
3. Évaluer vos besoins particuliers et vous aider à établir vos objectifs;
4. Vous donner de l'information, à vous et aux organismes offrant des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle vers qui vous êtes dirigé;
5. Vous diriger vers les services appropriés (y compris les organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, les ressources externes rémunérées et les services communautaires plus généraux)
6. Pour les clients de SOPDIRE, cela peut inclure:
  - a) droit d'accéder à la base de données provinciale pour appuyer le Service d'intervention d'urgence
  - b) aiguillage à la Résidence de transition judiciaire
  - c) aiguillage au programme Passeport du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESSC) après avoir confirmé votre admissibilité pour effectuer: le transfert d'information à la base de données de Passeport, un contact par l'agence de Passeport pour vous informer d'une approbation de fonds Passeport ainsi que; le partage de la liste du registre de service Passeport avec l'agence de paiement Passeport – Passport One

**Nom du demandeur :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Je consens à ce que SCS :**

- (Parafer) Recueille des renseignements personnels sur la santé sur la personne susmentionnée;  
 (Parafer) Divulgue les renseignements personnels sur la santé sur la personne susmentionnée aux tiers fournisseurs de services ou à autres organisations qui pourraient offrir leurs services

**En cliquant sur cette case et en signant ci-dessous, vous acceptez ces termes et conditions**

**Consentement donné par :** \_\_\_\_\_  
 Nom complet

**Date:** \_\_\_\_\_  
 yyyy/mm/dd

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_