**Formulaire de consentement du fournisseur de services de relève**

**Énoncé de raison d’être pour la collecte, l’usage et la divulgation des renseignements personnels fournis.**

Les renseignements recueillis de vous directement quand vous faites la demande de faire partie de la liste des fournisseurs de services de relève seront acheminés à respiteservices.con (dont l’hôte est le Réseau des services de relève de Cochrane Temiskaming). En signant le formulaire de consentement, vous consentez à la collecte, à l’usage et à la divulgation des renseignements personnels contenus dans le formulaire de demande, conformément à la Politique sur la protection de la vie privée et les conditions d’utilisation de respiteservices.com.

L’information que vous fournissez seront employées pour les buts suivants :

* Déterminer votre aptitude à l a prestation de services de relève aux familiers;
* Faciliter le processus de vous jumeler à une famille ayant besoin de services de relève ;
* Vous envoyer des renseignements, des documents ou des formulaires pour maintenir vos renseignement à jour ; et
* Pour des fins d’assurance de qualité, y compris la rétroaction sur l’efficacité ou le caractère utile de nos services, pour nous permettre de les améliorer.

Le Réseau des services de relève de Cochrane Temiskaming est les organismes suivants :

* Access Better Living Inc. Vie Indépendente et Enrichie
* Cochrane Temiskaming Children’s Treatment Centre, Centre de traitement pour enfants Cochrane
* Temiskaming
* Cochrane Temiskaming Resource Centre, Centre de Ressources de Cochrane Temiskaming
* Cochrane Temiskaming Extend-A-Family
* Intégration Communautaire Community Living Iroquois Falls
* Intégration Communautaire Community Living Kirkland Lake
* Intégration Communautaire Hearst Community Living
* Community Living Temiskaming South, Intégration Communautaire Temiskaming Sud
* Community Living Timmins Intégration Communautaire
* North Eastern Ontario Family and Children’s Services (Autism Section) Services à la famille et à l’enfance du Nord-Est de l’Ontario (Section d’autisme)
* Association pour l’Intégration Communautaire du Nord Est North East Association for Community Living

**Consentement**

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai lu et compris l’Énoncé de la raison d’être pour la cueillette, l’usage et la divulgation des renseignements personnels. Je comprends que je peux refuser de donner mon consentement. Je comprends également que je peux, en tout temps, accéder à mes renseignements et les modifier, ou retirer mon consentement en donnant un avis par écrit au Réseau des services de relève de Cochrane Temiskaming, qui comprend

J’autorise la cueillette, l’usage et la divulgation des mes renseignements personnels pour les fin cernées ci-dessus.

Refuser le consentement

S’il y a des restrictions au sujet de la cueillette, l’usage et la divulgation des renseignements fournis, veuillez en fournir les détails ci-dessous :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de Fournisseur du relève\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature d’un témoin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_