

## Directive sur le consentement Et Accusé de réception de la déclaration de confidentialité

Le présent formulaire doit être rempli afin de confirmer que vous avez pris connaissance de la déclaration de confidentialité soulignant les pratiques du SOPDI RCE en matière de protection de la vie privée, et d'informer le SOPDI RCE de la façon dont vos renseignements personnels sur la santé peuvent être recueillis et divulgués pour avoir accès aux soutiens et services financés par le ministère.

Afin que nous puissions déterminer les fournisseurs de service externe qui répondent le mieux à vos besoins, il se pourrait que nous ayons à partager vos renseignements personnels avec ces organismes. Nous le ferons en trouvant le juste équilibre entre la nécessité de protéger la confidentialité et celle de fournir la quantité de renseignements qui permettra aux organismes d'évaluer leur capacité à fournir des services de qualité qui garantissent votre sécurité.

Nom du demandeur :

Date de naissance :

Le SOPDI de la région du Centre-Est est autorisé à :

- recueillir des renseignements personnels sur la santé concernant la personne susmentionnée auprès des organismes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ci-dessous
- divulguer des renseignements personnels sur la santé concernant la personne susmentionnée aux organismes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ci-dessous

Vous avez le contrôle des renseignements sur votre santé et vous pouvez ainsi restreindre leur utilisation. Veuillez décrire les restrictions que vous souhaitez mettre en place et indiquer si elles s'appliquent à la collecte ou la divulgation des renseignements.

- Restrictions
- Aucune restriction

- Oui  Non Je comprends l'objectif de la présente directive sur le consentement et je sais où obtenir les réponses à mes questions
- Oui  Non J'ai reçu une copie de la *Déclaration de confidentialité* et j'ai une bonne compréhension des informations fournies
- Oui  Non J'ai pris ma ou mes propres décisions concernant la directive sur le consentement et je signe volontairement la présente
- Oui  Non Je comprends que la ou les décisions que j'ai prises relativement au consentement peuvent être modifiées à tout moment en faisant parvenir un avis au SOPDI/YSSN
- Oui  Non Je reconnais que ce formulaire de directive sur le consentement et le consentement que j'ai autorisé sont considérés comme étant valides, à moins d'avis contraire du SOPDI/YSSN ou si la prestation de mes services par le SOPDI/YSSN prend fin

- Consentement à la communication par Appareil Mobile**  
**Cochez cette case si vous acceptez de communiquer avec YSSN par appareil mobile.**

Les communications par appareil mobile avec YSSN peuvent concerner vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, les appels vocaux, les messages vocaux, les messages texte et les appels vidéo. En acceptant de recevoir des communications sur les services fournis par YSSN par l'utilisation d'appareil mobile, vous reconnaissez que la messagerie est une plateforme non sécurisée et non cryptée, et que telles communications par voie de cette méthode peuvent exposer vos renseignements personnels à des risques de sécurité importants.

Daté de ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Le présent formulaire est signé par le demandeur dont le nom figure à la page 1

\_\_\_\_\_  
Signature

**Le demandeur qui signe le présent formulaire possède une bonne compréhension des conséquences positives ou négatives de l'autorisation, du refus ou du retrait de son consentement**

Le présent formulaire est signé par un représentant autorisé du demandeur susmentionné

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le demandeur

\_\_\_\_\_  
Signature

**Remarque : Si le présent document est signé par un tuteur légal, un procureur aux soins de la personne ou un représentant désigné par la Commission du consentement et de la capacité, l'ordonnance de tutelle, la procuration pour les soins de la personne ou l'ordonnance de ladite Commission doivent être présentées à des fins de vérification. En l'absence d'une ordonnance de tutelle, d'une procuration pour les soins de la personne ou d'une ordonnance de la Commission du consentement et de la capacité, aucun document ne doit être présenté si le mandataire spécial est le parent ayant priorité de rang conformément au paragraphe 26 de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé.**

Liste des organismes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle dans la région du Centre-Est :

HKPR - Access Community Services, Alternatives Community Program Services (Peterborough), Association canadienne pour la santé mentale, Canopy Support Services, Central East Network of Specialized Care, Community Living and Respite, Northumberland, Community Living Trent Highlands, Inclusion Northumberland, Karis Disability Services, Kerry's Place Autism Services, Service ontarien de la surdité.

DURHAM - Abilities Centre, Canopy Support Services, Central East Network of Specialized Care, Community Living Ajax Pickering and Whitby, Community Living Durham North, Community Living Oshawa Clarington, Durham Association for Family Resources & Support, Family Services Durham, Karis Disability Services, Kerry's Place, Lake Ridge Community Support Services, Lakeridge Health, Participation House.

SIMCOE - Camphill Communities Ontario, Catulpa Community Support Services, Central East Network of Specialized Care, E3 Community Services, Community Living Association for South Simcoe, CLH Developmental Support Services, Empower Simcoe, Karis Disability Services, Kerry's Place Autism Services, Service ontarien de la surdité,

YORK - Aptus Treatment Centre for Complex Disabilities, Central East Network of Specialized Care, Centre for Behaviour Health Sciences Mackenzie Health, Community Living Georgina, Community Living Central York, Community Living York South, Karis Disability Services, Kerry's Place Autism Services, L'Arche Daybreak, Meta Centre, New Leaf Living and Learning Together, Participation House, Reena, Service ontarien de la surdité, The Safehaven Project for Community Living, Vita Community Living Services, Your Support Services Network.

Partenaires provinciaux - Passport ONE, SOPDI de la région du Centre-Ouest, SOPDI de la région de l'Est, SOPDI de la région du Nord-Est, SOPDI de la région du Nord, SOPDI de la région de Hamilton-Niagara, SOPDI de la région du Sud-Est, SOPDI de la région du Sud-Ouest, SOPDI de la région de Toronto.

York Support Services est l'administrateur du SOPDI RCE et doit veiller à ce que les pratiques de protection de la vie privée de ce programme répondent aux exigences réglementaires.

Si la réponse à l'une des questions à la première page est « NON », le personnel du SOPDI devra effectuer un suivi auprès du demandeur ou de son mandataire spécial.