



Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels

655, rue Bay, 14^e étage
Toronto (ON) M7A 2A3
Numéro sans frais : 1 800 372-7463
Tél. : 416 326-2900
Télec. : 416 326-2883

Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé

En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

Renseignements sur la victime

Numéro de dossier

Nom de famille

Prénom

Second prénom

Nom de famille à la naissance

Tout autre nom

Sexe

Date de naissance

(Ci-après appelé(e) la « victime »)

Je, SOUSSIGNÉ(E), autorise _____ à divulguer

(Nom du dépositaire des renseignements sur la santé)

des renseignements sur ma santé personnelle

ou

des renseignements sur la santé de la victime (*si vous en êtes le mandataire)

qui consiste en : (renseignements demandés dans le rapport ci-joint)

(Décrire la nature des blessures et/ou des traitements, la raison des visites ou les renseignements sur la santé à divulguer)

(Date de la visite ou période correspondant aux visites (AAAA/MM/JJ))

à : **La Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels**
(655, rue Bay, 14^e étage, Toronto (Ontario) M7A 2A3)

Je comprends pourquoi les renseignements sur ma santé doivent être divulgués à l'organisme susmentionné. Je comprends en outre que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement. En apposant ma signature, j'autorise également la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels à communiquer avec le fournisseur de soins de santé susmentionné et à lui communiquer mes renseignements personnels (ou ceux de la victime) et tout autre renseignement en lien avec ma demande (ou celle de la victime) afin d'aider celui-ci à trouver les renseignements sur la santé dont il est question.

| | |
|------------------------|---|
| Nom: | |
| Téléphone à la maison: | |
| Signature: | X |

| | |
|-----------------------|--|
| Adresse: | |
| Téléphone au travail: | |
| Date: | |

| | |
|------------------------|---|
| Nom du témoin: | |
| Téléphone à la maison: | |
| Signature: | X |

| | |
|-----------------------|--|
| Address: | |
| Téléphone au travail: | |
| Date: | |

***Remarque importante : Un mandataire est une personne qui, aux termes de la Loi, est autorisée à divulguer les renseignements personnels sur la santé d'une personne en son nom.**