

PROGRAMME CANADIEN DE SOUTIEN AUX SURVIVANTS DE LA THALIDOMIDE
Formulaire de consentement à transmettre des renseignements à un représentant

Le présent formulaire vous autorise à nommer une personne qui agira en votre nom à titre de représentant pour communiquer avec l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide. Il autorise également l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide à transmettre vos renseignements personnels à votre représentant, y compris mais sans s'y limiter, les détails de vos demandes ou votre dossier que l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide a en sa possession.

Section 1 : Formulaire de consentement (à être remplie par le survivant de la thalidomide ou le réclamant ou le représentant légalement autorisé)

Renseignements sur le survivant de la thalidomide ou sur le réclamant ou sur le représentant légalement autorisé

Prénom(s)	Second(s) prénom(s)	Nom(s) de famille
-----------	---------------------	-------------------

(Case postale, n° de la rue, de l'appartement, RR)	Ville / Municipalité / Communauté
--	-----------------------------------

Province / Territoire / État	Code postal / Zone postale	Date de naissance (mm/jj/aaaa)
------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Je consens à ce que les employés de l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide transmettent à mon représentant nommé à la section 2 des renseignements, y compris des renseignements personnels portant sur mes demandes ou mon dossier que l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide a en sa possession. Je comprends que **le présent consentement demeure valide pour une période de 2 ans à compter de la date de ma signature à moins que j'en demande l'annulation par écrit avant la date indiquée.** Je comprends également qu'en signant le présent formulaire, j'autorise mon représentant à donner et à recevoir des renseignements en mon nom. Cependant, je n'autorise pas mon représentant à prendre des décisions ou à mettre des mesures en place ou à effectuer des transactions en mon nom.

Votre signature

Date : mm/jj/aaaa

Signature avec une marque

Si le survivant de la thalidomide ou le réclamant ou le représentant légalement autorisé a signé en apposant une marque (par exemple « X »), la marque doit être apposée en la présence d'un témoin. Un témoin peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements suivants :

Prénom(s) du témoin	Initiale(s) du témoin	Nom(s) de famille du témoin
---------------------	-----------------------	-----------------------------

Adresse du témoin (Case postale, n° de la rue, n° de l'appartement,RR)	Ville/Minicipalité/Communauté du témoin
--	---

Province / Territoire / État du témoin	Code postal / Zone postale du témoin
--	--------------------------------------

Lien avec le survivant de la thalidomide ou le réclamant ou le représentant légalement autorisé

Si le survivant de la thalidomide ou le réclamant ou le représentant légalement autorisé a signé en apposant une marque, le témoin doit également signer la déclaration suivante : J'ai lu le contenu du présent formulaire de consentement au survivant de la thalidomide ou au réclamant ou au représentant légalement autorisé qui comprend et confirme le contenu au complet et qui a apposé sa marque en ma présence.

Signature du témoin

Date : mm/jj/aaaa

Section 2 : Votre représentant personnel (à être remplie par le représentant)

Renseignements sur le représentant personnel :

Prénom(s)

Second(s) prénom(s)

Nom(s) de famille

(Case postale, n° de la rue, n° de l'appartement, RR)

Ville/Municipalité/Communauté

Province / Territoire / État

Code postal / Zone postale

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

N° de téléphone à domicile

N° de téléphone au travail

N° de téléphone cellulaire

Lien avec le survivant de la thalidomide ou le réclamant ou le représentant légalement autorisé

Je comprends que je peux communiquer avec les employés de l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide pour donner et recevoir des renseignements au nom de la personne nommée à la section 1, en rapport avec les demandes ou le dossier de cette personne que l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide a en sa possession. Je comprends également que je ne suis pas autorisé à prendre des décisions ou à mettre des mesures en place ou à effectuer des transactions au nom de cette personne.

Votre signature

Date : mm/jj/aaaa

Protection de vos renseignements personnels

Les renseignements demandés dans le présent Formulaire de consentement à transmettre des renseignements à un représentant sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide et par ses agents aux fins de l'exploitation et de l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, S.C. 2000, c. 5 (LPRPDE). Les renseignements seront fournis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme canadien soutien aux survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu de la législation fédérale, y compris la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et la *Loi sur la protection de la vie privée*. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément à la législation applicable. Vous avez le droit de présenter une demande d'accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

Adresse de retour :

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide
 CP 507 SUCC B, Ottawa (ON) K1P 5P6
 info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-866-262-0816