

Section 1 – Renseignements personnels du client ou de la cliente

Nom		Prénom		Initiale	
Numéro de carte Santé (10 chiffres)		Version	Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
Adresse					
Numéro d'unité		Numéro municipal		Rue	
Lot/concession/route rurale		Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone à domicile			Catégorie d'appareils/de matériel/de fournitures		

Section 2 – Consentement

Le ministère de la Santé (le ministère) doit recueillir les renseignements personnels sur la santé indiqués dans ce formulaire pour évaluer et vérifier l'admissibilité au Programme d'appareils et accessoires fonctionnels et pour toutes les autres fins liées à la bonne administration du Programme. Ces renseignements peuvent être utilisés ou divulgués conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, tel que cela est énoncé dans la « Déclaration concernant les pratiques en matière d'information » du ministère, accessible à l'adresse www.health.gov.on.ca. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les pratiques du ministère en matière d'information ou la collecte de renseignements dans ce formulaire, veuillez composer le 1 800 268-6021 ou le 416 327-8804 ou écrire au chef de programme, 5700, rue Yonge, 7^e étage, Toronto ON M2M 4K5.

Je, soussigné, vous autorise par la présente à divulguer tous les renseignements concernant mon accès préalable au Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, pour la catégorie d'appareil susmentionnée :

Signature du client ou de la cliente		Date (aaaa/mm/jj)
--------------------------------------	--	-------------------

Section 3 – Renseignements de l'auteur de la demande

Si la demande émane d'un parent, d'un représentant juridique, d'un tuteur ou d'un fiduciaire, veuillez donner les renseignements ci-dessous :

Nom		Prénom			
Adresse					
Numéro d'unité		Numéro municipal		Rue	
Lot/concession/route rurale		Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de télécopieur		Relation du signataire avec le client ou la cliente	

Section 4 – Divulgence des renseignements au tiers

J'autorise la divulgation des renseignements par le Programme des appareils et accessoires fonctionnel au :

Nom du tiers					
Nom		Prénom			
Adresse					
Numéro d'unité		Numéro municipal		Rue	
Lot/concession/route rurale		Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de télécopieur		S'il s'agit d'un vendeur ou d'un autorisateur inscrit au PAAF, veuillez indiquer le numéro d'inscription	
Signature du client ou de la cliente					Date (aaaa/mm/jj)