



DEMANDE D'ACCÈS AUX DOCUMENTS CONTENANT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Si vous avez besoin d'assistance pour remplir le formulaire, communiquez avec le bureau de l'accès à l'information du ministère de la Santé et des Affaires sociales :

Téléphone : 867-667-5919 ou (sans frais au Yukon) 1-800-661-0408, poste 5919

Courriel : healthaccess@yukon.ca

Renseignements sur la personne visée par la demande de renseignements		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA - MM - JJ
Nom de l'entreprise ou de l'organisme (le cas échéant)		
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Courriel	Téléphone	
Renseignements sur le décisionnaire remplaçant (le cas échéant)		
Si vous agissez au nom d'une autre personne à titre de décisionnaire remplaçant, veuillez remplir cette section. Si vous faites une demande concernant vos renseignements médicaux personnels à vous, passez à la section suivante.		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA - MM - JJ
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Courriel	Téléphone	
<input type="checkbox"/> Je suis le décisionnaire remplaçant et je suis autorisé à prendre des décisions au nom de la personne visée par la demande. Ci-joint une copie de ma déclaration solennelle.		
Renseignements demandés		
Quels renseignements voulez-vous consulter? Fournissez le plus de renseignements possible pour nous aider à trouver les dossiers (ex. tout autre nom que vous avez déjà utilisé, tout numéro d'identification qui se rapporte aux documents, tels que votre numéro d'assurance-santé, numéro de dossier, etc.).		
Indiquez la période sur laquelle portent les renseignements demandés. Précisez les dates (ex. du 1 ^{er} janvier 2017 au 31 août 2018).		

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et communiqués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour connaître la politique de Santé et Affaires sociales en matière de protection des renseignements personnels, allez à yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux ou écrivez à l'agent ou à l'agente de protection de la vie privée du ministère à healthprivacy@yukon.ca.

Mode de livraison des documents

Comment souhaitez-vous recevoir les documents?

- Je veux recevoir les documents originaux.
- Je veux recevoir une copie des documents.
- Je passerai prendre les documents en personne.
- Veuillez m'envoyer les documents par courriel à :

Courriel

- Veuillez m'envoyer les documents par la poste à :

Adresse

Ville/Localité

Code postal

Voulez-vous une estimation des frais à payer? Oui Non

Vous pourriez devoir payer des frais d'impression ou de photocopie (0,15 \$ par page) et des frais de service (6,25 \$ par tranche de 15 minutes) pour le repérage, la récupération et la préparation des renseignements demandés.

Autorisation

Signature de la personne autorisée

Date

AAAA - MM - JJ

Réservé à l'administration

Numéro de référence

Reçu le

Date limite pour la réponse

H -

Identité du demandeur vérifiée par :

Pièce d'identité avec photo

Autre moyen : _____

Initiales : _____

Veillez soumettre le formulaire dûment rempli par la poste :

À l'attention du Bureau de l'accès à l'information
Santé et Affaires sociales (H-27)
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

ou en personne (sur rendez-vous) à

Bureau de l'accès à l'information
204, rue Lambert, bureau 300
Whitehorse (Yukon)