

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

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE		
Prénom	Nom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Nom de l'entreprise ou organisme (s'il y a lieu)		
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Numéro de téléphone (jour)	Numéro de téléphone (soir)	
Si vous agissez au nom d'une autre personne à titre de mandataire spécial, veuillez remplir la section 2. Si vous faites une demande concernant vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels, passez à la section 3.		

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MANDATAIRE SPÉCIAL		
Prénom	Nom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Numéro de téléphone (jour)	Numéro de téléphone (soir)	
<input type="checkbox"/> Je suis le mandataire spécial ¹ et je suis habilité à prendre des décisions au nom de la personne visée par la demande. (Veuillez fournir une copie de votre déclaration solennelle.)		

SECTION 3 : À PROPOS DE LA DEMANDE		
Souhaitez-vous : Recevoir une copie des documents? <input type="checkbox"/>	Souhaitez-vous : Passer prendre les documents en personne? <input type="checkbox"/>	Voulez-vous une estimation des droits? Oui <input type="checkbox"/>
OU Examiner les documents? <input type="checkbox"/>	OU Les recevoir par courrier recommandé? <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS
Quels sont les documents auxquels vous voulez avoir accès? Veuillez fournir le plus de renseignements possible. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une autre feuille.
Quelle est la période sur laquelle portent les documents demandés? Veuillez fournir des dates précises. (<i>Reportez-vous au verso du formulaire pour de plus amples précisions.</i>)

SECTION 5 : VOTRE SIGNATURE	
Signature	Date (AAAA/MM/JJ)

SECTION 6 : RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
Référence n° H- _____ Date de réception : _____ Date limite d'envoi de la réponse : _____
L'identité de la personne a été vérifiée par : <input type="checkbox"/> Carte d'identité avec photo <input type="checkbox"/> Autre moyen (veuillez préciser)
Initiales _____

¹ Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

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

Téléphone : 867-667-5919 ou 867-667-3188

Sans frais au Yukon : 1-800-661-0408 (poste 5919 ou 3188)

Courriel : healthprivacy@gov.yk.ca

Section 1 : Identification de l'auteur de la demande

Saisissez vos nom et prénom, date de naissance, adresse postale complète et numéro de téléphone de jour et de soir. Le personnel du bureau de l'accès à l'information pourra communiquer avec vous s'il a des questions concernant votre demande.

Section 2 : Renseignements sur le mandataire spécial

Si vous demandez des documents au nom d'une autre personne à titre de mandataire spécial, il vous sera demandé de fournir une déclaration solennelle.

Section 3 : À propos de la demande

Si vous avez besoin d'aide pour déterminer quels documents détient le ministère de la Santé et des Affaires sociales, veuillez communiquer avec le bureau de l'accès à l'information du ministère.

1. Si vous faites une demande concernant vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels, vous devrez fournir une preuve de votre identité avant que les documents vous soient remis. Par exemple, nous pourrions vous demander de présenter une carte d'identité avec photo ou vous poser quelques questions.
2. Souhaitez-vous recevoir une copie des documents ou examiner les documents? Veuillez cocher la case appropriée.
3. Souhaitez-vous passer prendre les documents en personne ou recevoir les documents par courrier recommandé? Veuillez cocher la case appropriée. **Veuillez noter que le bureau expédie toute sa correspondance par courrier recommandé.**
4. Voulez-vous recevoir une estimation des droits? Veuillez cocher la case appropriée. 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 repérer, récupérer et préparer les renseignements demandés.

Section 4 : Renseignements demandés

1. Quels renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels demandez-vous? Veuillez être aussi précis que possible dans la description des documents. Plus votre demande sera claire et détaillée, plus notre réponse sera rapide et précise. Si vous manquez d'espace, veuillez continuer votre description sur une autre feuille, puis joignez-la à ce formulaire de demande.

Assurez-vous de fournir :

- votre nom complet;
 - tout autre nom que vous avez déjà utilisé;
 - tout numéro d'identification qui se rapporte aux documents, tel que votre numéro d'assurance-santé, le numéro de dossier ou tout autre numéro d'identification.
2. Indiquez la période sur laquelle portent les documents demandés. Par exemple, si vous demandez des documents pour la période allant du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 1999, inscrivez ces dates dans l'espace prévu. Si vous voulez obtenir les documents de la période d'août 1996 à aujourd'hui, écrivez « août 1996 à aujourd'hui ».

Section 5 : Votre signature

Inscrivez la date et signez le formulaire, puis faites-le parvenir au bureau de l'accès à l'information.

Adresses municipales

Crocus Ridge Place
1 Hospital Road, 2^e niveau
Whitehorse (Yukon)

OU Bureau de l'AIPVP
Édifice administratif principal du
gouvernement du Yukon
2071, 2^e Avenue (rez-de-chaussée)
Whitehorse (Yukon)

Adresse postale

À l'attention du bureau de l'accès à l'information
Ministère de la Santé et des Affaires sociales (H-1)
C. P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6