



SUBVENTION AUX PIONNIERS (SERVICES PUBLICS)  
**CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION  
DE RENSEIGNEMENTS**

**Formulaire à remplir UNIQUEMENT si vous ne souhaitez pas soumettre un avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada.**

J'autorise/Nous autorisons par la présente l'Agence du revenu du Canada à communiquer des renseignements figurant dans mes/nos déclarations de revenus, et tout autre renseignement de contribuables, au ministre de la Santé et des Affaires sociales ou à son représentant. Les renseignements obtenus serviront uniquement à établir et à vérifier mon/notre admissibilité actuelle, antérieure et continue à la :

- subvention aux pionniers (services publics), aux termes de la *Loi sur les subventions aux pionniers (services publics)* et de son règlement d'application,

et d'en établir le montant, le cas échéant.

Les informations communiquées par l'Agence du revenu du Canada au ministère de la Santé et des Affaires sociales seront traitées de manière confidentielle et ne seront communiquées à personne d'autre sans mon/notre autorisation.

J'autorise/Nous autorisons également le ministère de la Santé et des Affaires sociales à communiquer mes/nos prénom(s) et nom de famille, date de naissance et numéro d'assurance sociale à l'Agence du revenu du Canada. L'Agence utilisera ces renseignements pour retrouver les informations à transmettre au ministère de la Santé et des Affaires sociales concernant le(s) contribuable(s).

La présente autorisation est valable pour les deux dernières années d'imposition précédant la date de demande et l'année d'imposition au cours de laquelle la demande de subvention est présentée. Elle sera valable pendant un an à compter de la date de signature. Je peux/Nous pouvons révoquer la présente autorisation en envoyant un avis écrit à cette fin à la direction de la subvention aux pionniers (services publics).

Nom du contribuable	Numéro d'assurance sociale
Signature du contribuable	Date AAAA/MM/JJ
Nom du conjoint du contribuable (le cas échéant)	Numéro d'assurance sociale
Signature du conjoint du contribuable (le cas échéant)	Date AAAA/MM/JJ

Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le [yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux](https://yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux) ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à [healthprivacy@yukon.ca](mailto:healthprivacy@yukon.ca), pour en obtenir un exemplaire.