



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

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

Téléphone : 867-667-5919

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

Courriel : [healthaccess@yukon.ca](mailto: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 organisme (s'il y a lieu)		
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Courriel	Téléphone	

### Renseignements sur le mandataire spécial (le cas échéant)

Si vous agissez au nom d'une autre personne à titre de mandataire spécial, veuillez remplir cette section. Si vous faites une demande concernant vos renseignements médicaux personnels, passez à la section suivante.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse	Ville/Localité	Code postal
Courriel	Téléphone	

Je suis le mandataire spécial et je suis habilité à prendre des décisions au nom de la personne visée par la demande. Ci-joint une copie de ma déclaration solennelle.

### Renseignements demandés

Quels sont les documents auxquels vous voulez avoir accès? Fournissez le plus de renseignements possibles 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, le numéro de dossier, etc.).

Indiquez la période sur laquelle portent les documents demandés. Précisez les dates (ex. du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 août 2018).

## Mode de livraison des documents

Comment souhaitez-vous recevoir les documents?

- Je veux examiner les documents originaux.
- Je veux recevoir une copie des documents.
- Je vais passer prendre un exemplaire en personne.
- Veuillez m'envoyer les documents par courriel à l'adresse suivante :

Courriel

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

Adresse

Ville/Localité

Code postal

Voulez-vous recevoir une estimation des droits?  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 repérer, récupérer et préparer les renseignements demandés.

## Attestation

Signature de la personne autorisée

Date

AAAA/MM/JJ

## Réservé à l'administration

Référence :

H -

Reçu le :

Date limite pour la réponse :

Identité du demandeur vérifiée par :

Pièce d'identité avec photo

Autre moyen : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

### Soumettre le formulaire dûment rempli par la poste :

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

### ou le déposer en personne à :

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