

Protection (confidentialité) des renseignements personnels du client

Objectif

La Marche des dix sous du Canada (MDSC) recueille des renseignements personnels à diverses fins, notamment pour la prestation de services, la collecte de fonds, la gestion de la qualité, la recherche, la facturation et le respect des exigences légales et réglementaires.

La MDSC utilise plusieurs mesures de sauvegarde pour protéger les renseignements personnels et en assurer la confidentialité. Elle ne communiquera aucun renseignement personnel à des tiers, à moins qu’une telle demande ne soit directement liée à la prestation ou à l’amélioration des services qu’elle offre, ou à moins qu’une loi canadienne ne l’exige.

Une fois que les objectifs auxquels ont servi les renseignements personnels sont atteints, les données qui ne sont plus nécessaires seront détruites, effacées ou rendues anonymes. La MDSC a adopté des lignes directrices et des procédures visant à empêcher tout accès non autorisé aux données et à encadrer la destruction des renseignements personnels.

La version complète de la Politique de confidentialité de la MDSC est disponible sur le site Web de l’organisation ou sur demande.

Consentement

Je comprends pleinement les raisons pour lesquelles la Marche des dix sous du Canada (MDSC) m’a demandé de fournir mes renseignements personnels et je consens à ce que la MDSC utilise mes renseignements personnels aux fins indiquées. Je comprends également que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve des restrictions légales ou contractuelles et d’un préavis raisonnable, et que la MDSC m’informerait des conséquences si je retire mon consentement.

Nom du client [mandataire spécial en fonction si autorisé] (en lettres moulées svp) :	Signature :	Date : (mm/jj/aa)
Nom du témoin * (en lettres moulées svp) :	Signature :	Date : (mm/jj/aa)
Nom du superviseur/gestionnaire du programme/représentant (en lettres moulées svp) :	Signature :	Date : (mm/jj/aa)

*La signature d’un témoin est requise seulement lorsque le client est incapable de signer.

REMARQUE :

Ce formulaire est utilisé seulement pour faire une demande de services dans le cadre du programme Services d’auxiliaires de la MDSC. Si le programme Services d’aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales vous intéresse aussi, vous pouvez télécharger le formulaire de demande de services à l’adresse :

<https://www.marchofdimes.ca/en-ca/programs/abi/ontario> ou communiquer avec votre bureau régional de la MDSC.

Nom du demandeur :	Pour usage interne seulement
Date :	N° de client :

Liste des bureaux – Services de soutien communautaire – Marche des dix sous du Canada

Vous pouvez présenter une demande de services à plus d’un bureau ou emplacement. Le programme Services auxiliaires et le programme Services d’aide pour les personnes atteintes de lésions cérébrales exigent que vous présentiez une demande de services distincte pour chaque programme. Veuillez choisir tous les bureaux/emplacements qui s’appliquent ci-dessous :

***Si un demandeur décline l’offre de services qu’il reçoit de l’un ou de plusieurs des bureaux/emplacements qu’il a choisis, son nom sera retiré de la liste d’attente de ces bureaux/emplacements. De plus, la date à laquelle il a décliné l’offre deviendra sa nouvelle date de dépôt d’une demande pour tous les autres bureaux/emplacement où il pourrait présenter une demande de services.**

LÉGENDE

AS – Services d’auxiliaires	BI – Lésions cérébrales	OAS – Services d’auxiliaires de proximité
OS – Services de proximité	SHP – Programme de logement supervisé	CC – Soins collectifs
C. à c. – Chambre à coucher	ALC – Autres niveaux de soins	

EMPLACEMENTS	BUREAUX
<input type="checkbox"/> Centre de l’Ontario Services de soutien communautaire 13311, rue Yonge, bur. 202 Richmond Hill ON L4E 3L6 905-773-7758 poste 6216 1-800-567-0315 poste 6216 Téléc. : 905-773-5176 <input type="checkbox"/> Centre de Toronto Services de soutien communautaire 151, rue Mill, bur. 313 Toronto ON M5A 4T8 416-922-2881	<input type="checkbox"/> Richmond Hill : Observatory Towers SHP AS 119005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Markham : Kin Village SHP AS 119004 1, 2, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> Thornhill : SHP AS 119008 1, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> Région de York : OAS 119002 <input type="checkbox"/> Vaughan Congregate Care : CC AS 119009 1, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> Toronto : Université York SHP AS 118006 <input type="checkbox"/> Toronto : Meynell House CC AS 118005 <input type="checkbox"/> Toronto : Stephanie McCaul SHP AS 118004 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Toronto : Bloor St. SHP AS 118007 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Toronto : Cooperage St. AS SHP 118008 1, 2, 3 c. à c. <input type="checkbox"/> Toronto : Maple House SHP AS 118010 **programme ALC <input type="checkbox"/> Toronto : OAS 118002 Dans la région de York et à Toronto, pour faire une demande de services aux programmes Services de proximité (OS) et Logement supervisé (SHP), vous devez télécharger et remplir le formulaire de l’organisme Attendant Services Application Centre (ASAC) sur le site Web du Centre for Independent Living Toronto (CILT) à l’adresse : http://cilt.ca/programs-and-services/asac/asac-application-and-guide .
<input type="checkbox"/> Est de l’Ontario Services de soutien communautaire 6, Glenn Wood Place Brockville ON K6V 2T3 1-888-252-9008 poste 6408 Téléc. : 613-342-7636	<input type="checkbox"/> Brockville : AS SHP 111004 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Brockville-Leeds/Grenville/Lanark : OAS 111002 <input type="checkbox"/> Ottawa-Barrhaven : AS SHP 111005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Pembroke-Renfrew : OAS 111003



EMPLACEMENTS	BUREAUX
<input type="checkbox"/> Durham Ontario Services de soutien communautaire 1615, rue Dundas Est, bur. 305 Whitby ON K1N 2L1 1-888-433-0240 Téléc. : 905-576-8020	<input type="checkbox"/> Durham : OAS 110003 <input type="checkbox"/> Whitby : Dryden Heights SHP AS 110005 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Oshawa : New Hope SHP AS 110004 1, 2 c. à c.
<input type="checkbox"/> Nord-est de l’Ontario 96, rue Larch, bur. 400 Sudbury ON P3E 1C1 Renseignements (AS) : 705-254-1099 Téléc. : 705-671-6240	<input type="checkbox"/> Sault Ste. Marie : Cara SHP AS 114014 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Sault Ste. Marie : Northern SHP AS 114013 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Sault Ste. Marie/Algoma : OAS 114007 <input type="checkbox"/> Elliot Lake/Algoma : OAS 114006 <input type="checkbox"/> Elliot Lake : SHP 114022
<input type="checkbox"/> Sud de l’Ontario Services de soutien communautaire 3340, Schmon Parkway Local 1E Thorold ON L2V 4Y6 905-687-8484 poste 250 1-800-263-4742 Téléc. : 905-685-6651	<input type="checkbox"/> Haldimand Norfolk Region : OAS 113004 <input type="checkbox"/> Niagara Falls : Stamford Kiwanis SHP AS 113007 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Niagara-on-the-Lake : Collège Niagara OAS 113003 <input type="checkbox"/> Niagara Region : OAS 113003 <input type="checkbox"/> St. Catharines : Faith Lutheran SHP AS 113010 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> St. Catharines : Ridley Terrace SHP AS 113009 1, 2 + 3 c. à c. <input type="checkbox"/> St. Catharines : Scott Street SHP AS 113011 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Université Brock OAS 113003 <input type="checkbox"/> Welland : Collège Niagara OAS 113003
<input type="checkbox"/> Centre-sud de l’Ontario Services de soutien communautaire 20, rue Jarvis Hamilton ON L8R 1M2 905-528-4261 poste 4219 Téléc. : 905-528-7762	<input type="checkbox"/> Burlington / North Halton : OAS (112002-Halton N.) <input type="checkbox"/> Hamilton : Central Place SHP AS 112006 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Hamilton : Jason’s House CC AS 112008 <input type="checkbox"/> Hamilton : OAS 112004 <input type="checkbox"/> Hamilton : St. John’s Place SHP AS 112007 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Hamilton : Villa Verdi SHP AS 112009 1, 2 c. à c.
<input type="checkbox"/> Sud-ouest de l’Ontario Services de soutien communautaire 111 Heritage Rd. Unit 202 Chatham, ON N7M 5W7 519-963-6671 Téléc. : 519-963-6672	<input type="checkbox"/> Chatham / Kent : OAS 117004 <input type="checkbox"/> Chatham/Kent : Bien-être mobile 117007 <input type="checkbox"/> Chatham Tecumseh : SHP AS 117010 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Chatham : Riverway SHP AS 117011 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Chatham : McNaughton SHP AS 117012 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Drayton : Conestoga Crest SHP AS 117009 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Sarnia / Lambton : OAS 117005 <input type="checkbox"/> Sarnia / Lambton : Bien-être mobile 117008 <input type="checkbox"/> Sarnia : Standing Oaks CC AS 117015 <input type="checkbox"/> Sarnia : Guernsey Gardens SHP AS 117014 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Sarnia : Ozanam Manor SHP AS 117013 1 c. à c. <input type="checkbox"/> Sarnia : Maxwell Park Place SHP AS 117016 1, 2 c. à c. <input type="checkbox"/> Wellington County : OAS 117003



EMPLACEMENTS	BUREAUX
<p><input type="checkbox"/> Centre-ouest de l’Ontario</p> <p>Services de soutien communautaire 2227, South Millway, Bureau 305 Mississauga ON L5L 3R6 905-607-3463 Télec. : 905-607-9856</p>	<p><input type="checkbox"/> Brampton/Caledon : OAS 116002</p> <p><input type="checkbox"/> Brampton : Fletcher’s View SHP AS 116007 1 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Dufferin : OAS 116005</p> <p><input type="checkbox"/> Oakville : Oakville Supportive Living Centre SHP AS 116013 1, 2 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Oakville : OAS 116004</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : Britannia Place SHP AS 116010 1, 2 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : OAS 116003</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : Surveyor’s Point SHP AS 116009 1, 2 c. à c. – 55 ans +</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : Weaver’s Hill SHP AS 116011 1, 2 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : Windsor Hill SHP AS 116008 1, 2, 3 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Shelburne : SHP AS 116014 1 c. à c.</p> <p><input type="checkbox"/> Etobicoke : Programme Seniors Supports for Daily Living AS 16015 – 65 ans +</p> <p><input type="checkbox"/> Mississauga : Programme Seniors Supports for Daily Living AS 116012 – 65 ans +</p>

À moins d’indication contraire dans une section, vous devez fournir les renseignements demandés dans le présent formulaire pour nous permettre d’évaluer votre admissibilité à recevoir des services d’auxiliaires. Vos renseignements personnels resteront confidentiels et seront communiqués seulement aux personnes qui en ont besoin pour évaluer votre demande de services ou vous fournir des services.

Pour usage interne seulement :				
Type de client : <input type="checkbox"/> Services payés par le client <input type="checkbox"/> Client orienté vers la MDSC par : (précisez) :				

*Indique les champs obligatoires	N° du client :	Code de handicap :	Timbre-dateur :	Initiales :
----------------------------------	----------------	--------------------	-----------------	-------------

Renseignements sur le demandeur

*Prénom :	*Nom de famille :
-----------	-------------------

Nom d’usage :	Pronom d’usage (optionnel) :
---------------	------------------------------

*Adresse municipale (n°, rue, bureau) :

*Ville :	*Province (abréviation à deux lettres) :	*Code postal :
----------	--	----------------

Tél. (rés.) : ()	Télé. : ()
-------------------	-------------

Tél. (cell.) : ()	Courriel :
--------------------	------------

*Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non spécifique <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	État civil : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(veuve)
---	--

Date de naissance (mm/jj/aa) :	*Avez-vous une carte Santé valide de l’Ontario? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Il faudra la montrer à l’entrevue de prise en charge)	*Date d’expiration de la carte Santé (si applicable) :
--------------------------------	---	--

Nom de la personne à contacter en cas d’urgence :	Relation de la personne à contacter en cas d’urgence avec le demandeur :
---	--

Adresse de la personne à contacter en cas d’urgence :	N° de téléphone de la personne à contacter en cas d’urgence :
---	---

Type de service de soutien communautaire demandé pour l’emplacement indiqué :

Programme : Services d’auxiliaires (AS)
 Sous-programme : Services de proximité (OS) Programme de logement supervisé (SHP) Répi
 Soins collectifs (CC)

Si vous présentez une demande pour le Programme de logement supervisé, veuillez indiquer le nombre de chambres à coucher nécessaires :

Combien d’heures de soins par semaine demandez-vous à la MDSC approximativement? :

Soins personnels : _____
 Entretien ménager (p. ex., ménage léger, lessive) : _____ Autre (précisez) : _____

Avez-vous déjà présenté une demande aux Services de soutien communautaire :

Oui Non Incertain(e)

Dans l’affirmative, quand? (mm/jj/aa) : Pour quel service? :

Langue(s) parlées : Anglais Français Langue des signes (ASL/LSQ) Autre :
 Quelle est votre langue maternelle?

Si votre langue maternelle n’est pas le français ou l’anglais, dans quelle langue officielle du Canada êtes-vous le plus à l’aise? Anglais Français



Services actuellement fournis par des professionnels/auxiliaires (*indiquez tous les services de soutien que vous recevez actuellement*)

Service	Nom de l’organisation ou du fournisseur	Nombre de visites par semaine/mois	Durée de chaque visite
Entretien ménager			
Physiothérapie			
Ergothérapie			
Soins infirmiers			
Services d’auxiliaires			
Services relatifs aux lésions cérébrales			
Autre (<i>précisez</i>) :			

Quelle(s) méthode(s) de transfert utilisez-vous actuellement (*cochez toutes les cases appropriées*) :

- Transfert sans aide
 Pivot – avec aide minimale
 Pivot – avec aide complète
 Levage à deux personnes
 Ceinture/planche/disque de transfert
 Lève-personne mécanique
 Supervision requise
 Autre (*précisez*) :

Les évaluations en cours pour vos services sont-elles terminées? Oui Non

Sommes-nous autorisés à recevoir une copie des évaluations effectuées pour vos services actuels?

- Oui Non

(Dans l’affirmative, assurez-vous que le formulaire « Authorization to Obtain and/or Release Information » (Autorisation pour obtenir et/ou communiquer des renseignements) [CSS 02-xx] est signé.)

Veillez remplir les tableaux suivants en inscrivant un X dans les cases appropriées.

Type d’aide	Aucune aide requise	Un peu d’aide requise	Aide complète requise (personnel)
Transferts :			
Fauteuil à fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrer/sortir du lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrer/sortir du bain/de la douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asseoir sur la toilette/la chaise d’aisance et relever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide d’une personne avec lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide d’une personne sans lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide de deux personnes avec lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision requise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionner/retourner :			
Aide d’une personne avec lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide d’une personne sans lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision requise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type d’aide	Aucune aide requise	Un peu d’aide requise	Aide complète requise (employé)
Marcher : Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestins et vessie : Vessie - condom collecteur urinaire Vessie - sonde à demeure Vessie - cathéter intermittent Intestins - suppositoires Intestins – stimulation digitale Soins pour stomie Bassin de lit/urinoir Changement de couche Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hygiène de base : Lavage des mains et/ou du visage Soins des pieds Soins de la bouche Soins des cheveux Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prendre un bain ou une douche : Commentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage/déshabillage : Bas du corps Haut du corps Chaussures Boutons/fermetures à glissière/crochets Orthèses/prothèses Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soins de la peau : Repositionner durant la nuit Soins/traitements spéciaux pour la peau Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Préparation des repas : Cuisiner Couper les aliments en morceaux Manger/alimentation Attelles Paille/boissons Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Type d’aide	Aucune aide requise	Un peu d’aide requise	Aide complète requise (employé)
Entretien ménager léger/gestion du foyer : Épousseter Passer la vadrouille/le balais/l’aspirateur Laver la vaisselle Lessive Sortir les déchets Faire le lit/changer les draps Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soins respiratoires : Exercices d’augmentation de la capacité pulmonaire (toux assistée manuellement/masque Ambu) Aide pour l’administration d’oxygène Soins pour trachéotomie Aspiration d’une trachéotomie VPPC (ventilation en pression positive continue) BiPAP (ventilation en pression positive à 2 niveaux) Ventilateur pulmonaire Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Divers : Aide pour les exercices/amplitude de mouvement Télévision/radio/chaîne stéréophonique Serrures/clés Ouvrir/fermer les fenêtres Appareils/accessoires fonctionnels (installer/fermer) Communication verbale Aides techniques à la communication Recharge de batteries Entretien du fauteuil roulant Aide pour utiliser le téléphone Portes Courses, magasinage Véhicule personnel (aide pour entrer/sortir) Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autre (précisez) : 1) 2) 3)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Déclaration de confidentialité

La Marche des dix sous du Canada (MDSC) s’engage à traiter les renseignements personnels qui vous concernent, ainsi que les membres de votre famille, d’une manière professionnelle, respectueuse et conforme aux lois. La MDSC recueille, utilise et communique des renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à notre Politique de confidentialité. Nous utilisons vos renseignements personnels, et ceux qui concernent les membres de votre famille, aux fins suivantes :

- i) Nous conformer aux lois et aux règlements qui exigent la collecte, l’utilisation et la communication de renseignements personnels dans le cadre du programme Services d’auxiliaires.
- ii) Communiquer avec vous au sujet de l’état de votre/vos demande(s).
- iii) Recueillir vos commentaires au sujet des services que vous recevez de la MDSC.
- iv) Fournir, à vous et à d’autres personnes, des renseignements au sujet de la MDSC.

Les renseignements personnels recueillis à votre sujet et au sujet des membres de votre famille comprennent les renseignements que vous avez fournis dans votre demande d’aide financière et tout renseignement supplémentaire ou mis à jour que nous pourrions recueillir auprès de vous dans le futur.

Renseignements supplémentaires sur le demandeur

(Les données de cette section sont recueillies à des fins statistiques seulement. Elles ne servent pas à déterminer votre admissibilité aux services de la MDSC.)

Éducation :

<input type="checkbox"/> 6 ^e année et moins	<input type="checkbox"/> 9 ^e année	<input type="checkbox"/> 12 ^e année	<input type="checkbox"/> Collège communautaire	<input type="checkbox"/> Baccalauréat
<input type="checkbox"/> 7 ^e année	<input type="checkbox"/> 10 ^e année	<input type="checkbox"/> Diplôme d’études secondaires	<input type="checkbox"/> Diplôme en droit	<input type="checkbox"/> Maîtrise
<input type="checkbox"/> 8 ^e année	<input type="checkbox"/> 11 ^e année	<input type="checkbox"/> École de commerce /Enseignement professionnel	<input type="checkbox"/> Doctorat	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

***Revenu personnel par année : (cochez une seule case)**

<input type="checkbox"/> Moins de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$ – 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 44 999 \$	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 29 000 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ - 49 999 \$	
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ – 34 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 54 999 \$	
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ – 39 999 \$	<input type="checkbox"/> 55 000 \$ ou plus	

***Revenu du ménage par année : (cochez une seule case)**

<input type="checkbox"/> Moins de 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$ – 24 999 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ - 44 999 \$	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 29 000 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ - 49 999 \$	
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ - 14 999 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$ – 34 999 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ - 54 999 \$	
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ – 39 999 \$	<input type="checkbox"/> 55 000 \$ ou plus	

Source(s) de revenu personnel :

<input type="checkbox"/> Emploi	<input type="checkbox"/> Épargne/fiducie	<input type="checkbox"/> Régime de retraite privé	<input type="checkbox"/> Pension d’invalidité d’anciens combattants
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire	<input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada	<input type="checkbox"/> Prestations d’assurance	<input type="checkbox"/> Assurance-emploi
<input type="checkbox"/> CSPAAAT	<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> Régime de retraite d’entreprise	<input type="checkbox"/> Autre (p. ex., POSPH)
			<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

(Les données sont recueillies à des fins statistiques seulement. Elles ne servent pas à déterminer votre admissibilité aux services.)

Origine ethnique :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afrique | <input type="checkbox"/> France | <input type="checkbox"/> Moyen-Orient |
| <input type="checkbox"/> Autre pays d’Asie ou îles du Pacifique | <input type="checkbox"/> Canada (francophone) | <input type="checkbox"/> Porto Rico |
| <input type="checkbox"/> Canada (non francophone) | <input type="checkbox"/> Allemagne | <input type="checkbox"/> Amérique du Sud |
| <input type="checkbox"/> Amérique centrale | <input type="checkbox"/> Grèce | <input type="checkbox"/> Scandinavie (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) |
| <input type="checkbox"/> Chine | <input type="checkbox"/> Inde/Pakistan | <input type="checkbox"/> Espagne/Portugal |
| <input type="checkbox"/> Europe de l’Est (Russie, Pologne, Tchéquie) | <input type="checkbox"/> Irlande | <input type="checkbox"/> Antilles |
| <input type="checkbox"/> Angleterre, Écosse, pays de Galles | <input type="checkbox"/> Italie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Autre pays d’Europe | <input type="checkbox"/> Japon | <input type="checkbox"/> Refuse de répondre/Aucune réponse |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations/Métis/Inuit | <input type="checkbox"/> Mexique | |

Attestations et signatures

Si le demandeur peut seulement donner un consentement verbal, la signature d’un témoin est requise.

Le processus d’approbation de La Marche des dix sous du Canada exige que des documents appuyant le statut du mandataire spécial qui est en fonction lui soient fournis durant le processus d’approbation.

Je, _____, confirme que j’ai examiné la demande de services présentée dans le cadre du programme Services d’auxiliaires et que les renseignements contenus dans la demande sont exacts et reflètent fidèlement mes besoins.

Nom du demandeur/mandataire spécial en fonction (écrire en lettres moulées) :	Signature :	Date (mm/jj/aa) :
* Nom du témoin (si applicable – écrire en lettres moulées) :	Signature :	Date (mm/jj/aa) :

*Le témoin reconnaît qu’il a expliqué chacune des dispositions de la présente entente de services au demandeur et que ce dernier semble les avoir pleinement compris.

Pour obtenir une version en format accessible de ce document, veuillez communiquer avec nous à l’adresse : independence@marchofdimes.ca