

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Prénom	Nom de famille
Date de naissance AAAA/MM/JJ	Identité de genre
Coordonnées (téléphone, courriel, adresse postale ou autre moyen de vous joindre)	
Personne à joindre en cas d'urgence (nom et coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence)	
RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ	
Avez-vous un problème de santé urgent que le personnel devrait connaître? (ex. : trouble convulsif, traumatisme crânien, maladies transmissibles, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Veuillez expliquer : _____	
Prenez-vous actuellement des médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Veuillez expliquer : _____	
Avez-vous des allergies?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Veuillez expliquer : _____	
VEUILLEZ DÉCRIRE VOTRE SITUATION ACTUELLE	
Faites-vous affaire avec un fournisseur de services pour trouver un logement permanent?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez nommer le fournisseur de services : _____	
Au cours des <b>90 derniers jours</b> , où avez-vous le plus souvent dormi? _____	
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous été :	
En situation d'itinérance pendant 6 mois ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
En situation d'itinérance 3 fois ou plus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Combien de temps devrez-vous loger au refuge d'urgence de Whitehorse? (ex. : 1 nuit, 1 mois, ne sait pas)	

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Date d'admission	Formulaire rempli par

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon. Ces renseignements personnels seront utilisés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales pour la gestion de cas et la planification d'accompagnement. Tous les renseignements sont recueillis, utilisés et partagés dans les limites permises par la loi. Plus d'information sur les pratiques en matière de renseignements du ministère de la Santé et des Affaires sociales sont disponibles au [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php) ou en contactant l'agent de la protection de la vie privée à [healthprivacy@gov.yk.ca](mailto:healthprivacy@gov.yk.ca).



- Je comprends que mes renseignements personnels pourraient être communiqués au refuge d'urgence du ministère de la Santé et des Affaires sociales, à d'autres programmes du ministère et à d'autres fournisseurs de services d'aide dans le but de m'offrir les services qui répondent le mieux à mes besoins.
- Mes renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon. Mes renseignements personnels seront utilisés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales pour la gestion de cas et la planification d'accompagnement. Tous les renseignements sont recueillis, utilisés et partagés dans les limites permises par la loi.
- Ce consentement demeure en vigueur pour un an à compter de la date de signature.
- Dans le but de m'offrir des services et du soutien adéquats, je comprends que l'on peut me demander de faire d'autres évaluations ou de fournir d'autres renseignements personnels.

Recevez-vous des services ou de l'aide d'autres personnes dans la communauté? (Il peut s'agir d'un professionnel des soins de santé, d'un travailleur social, d'un organisme communautaire, etc.)  Oui  Non

Énumérez tous les fournisseurs de services ou autres organismes communautaires de soutien auxquels vous donnez votre autorisation de partager vos renseignements personnels avec le refuge d'urgence de Whitehorse :

---

---

---

---

**Retrait du consentement**

Vous pouvez en tout temps, à compter de la date de la demande, retirer ou limiter votre consentement à l'une ou l'autre des conditions de collecte, d'utilisation et de divulgation (partage) de vos renseignements personnels. Si vous souhaitez retirer ou limiter votre consentement, veuillez communiquer avec un membre de l'équipe du refuge d'urgence de Whitehorse, car cette décision pourrait avoir des répercussions sur notre capacité à vous fournir des services. Pour plus d'information sur le traitement des renseignements personnels par le ministère de la Santé et des Affaires sociales, consultez notre page Web [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php) ou communiquez avec l'agent responsable de la protection de la vie privée du ministère à [healthprivacy@gov.yk.ca](mailto:healthprivacy@gov.yk.ca).

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres détachées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ  
Date