

NUMÉRO DE CLIENT :

SECTION 1 - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR/PATIENT

Prénom Nom de famille
Numéro municipal Adresse municipale
Numéro d'appartement Ville
Province Code postal
Numéro de téléphone

SECTION 2 - CONSENTEMENT ET DÉCHARGE DU DEMANDEUR/PATIENT

Je comprends que la municipalité régionale de York a besoin des renseignements personnels sur la santé demandés pour déterminer mon admissibilité à une chambre à coucher supplémentaire dans un logement à loyer indexé sur le revenu (LIR).

Par le présent consentement, j'autorise (nom du médecin) à divulguer les informations demandées dans le présent formulaire au Division des services communautaires et du logement de la Municipalité régionale de York.

Je consens par la présente à ce que la municipalité régionale de York recueille ces renseignements aux fins susmentionnées.

Signature du patient

Date (mm/jj/aa)

SECTION 3 : NOTE IMPORTANTE AUX MÉDECINS

Votre patient demande une chambre supplémentaire dans un logement à loyer indexé sur le revenu (subventionné). Votre patient peut être éligible si :

- Les conjoints ne peuvent pas partager une chambre à coucher en raison d'un handicap ou d'un problème médical
- Un espace supplémentaire est nécessaire pour stocker l'équipement médical requis parce qu'un membre du ménage souffre d'un handicap ou d'une maladie grave.

Veuillez compléter les sections suivantes.

1. Votre patient souffre-t-il d'une pathologie qui risque de nuire à la santé de l'un ou des deux conjoints s'il partage une chambre à coucher?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez expliquer en quoi des chambres à coucher séparées amélioreraient le pronostic du patient.

SECTION 3 : NOTE IMPORTANTE AUX MÉDECINS

2. En raison de son état de santé, le patient a-t-il besoin d'espace pour entreposer des fournitures ou du matériel médical?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez cocher les cases correspondantes :

☐ Chaise d'aisance

☐ Scooter

☐ Réservoirs d'oxygène

☐ Support de marche

☐ Hover lift

☐ Fauteuil roulant

☐ Nébuliseur/compresseur

☐ Autre (veuillez expliquer) :

SECTION 4 : DÉCLARATION DU MÉDECIN

Je certifie par la présente que ces informations représentent mon meilleur jugement professionnel et qu'elles sont vraies et correctes à ma connaissance.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Numéro municipal

Adresse municipale

Numéro d'appartement

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone

Signature du médecin

Date

CACHET
DU MÉDECIN

AVIS : Conformément à l'article 29(2) de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée et à l'article 18(1) de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de 2011 sur les services de logement, dans le but principal de déterminer l'admissibilité du demandeur à des unités de logement. Si vous avez des questions au sujet de cette collecte, veuillez communiquer avec le gestionnaire Housing Access de la municipalité régionale de York, au 17150 Yonge Street, Newmarket (Ontario), L3Y 8V3, ou par téléphone au 1-877-464-9675, poste. 72470.