

## CONSENTEMENT DE L' AIDANT(E)

### Énoncé du but de la collecte, de l'utilisation et de la communication des renseignements personnels fournis

Les renseignements recueillis directement auprès de vous dans le cadre de votre demande d'inscription à notre banque en qualité d'aidant(e) de relève seront transmis à respiteservices.com, un site hébergé par Child Development Resource Connection Peel. En signant le présent formulaire de consentement, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels compris dans le formulaire de demande en conformité avec la Politique sur la confidentialité et les Modalités d'utilisation de respiteservices.com.

Les renseignements que vous fournissez serviront aux fins suivantes :

- la détermination de votre aptitude à fournir des services de relève aux familles;
- la facilitation du processus visant à vous mettre en relation avec une famille à la recherche de services de relève;
- la transmission des renseignements, documents ou formulaires nécessaires pour tenir vos renseignements à jour; et
- l'assurance de la qualité, ce qui comprend la sollicitation de commentaires sur l'efficacité et l'utilité de nos services pour nous permettre d'apporter les améliorations nécessaires.

### Consentement

Je, \_\_\_\_\_, confirme que j'ai examiné et que j'ai intégralement compris l'Énoncé du but de la collecte, de l'utilisation et de la communication des renseignements fournis. Je comprends que je peux refuser d'accorder mon consentement. Je comprends aussi que je peux accéder à mes renseignements et les modifier à tout moment, et que je peux retirer mon consentement au moyen d'un avis par écrit adressé à **Child Development Resource Connection Peel**. J'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels à toutes les fins précitées.

### Refus du consentement

S'il y a des restrictions imposées à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements fournis, veuillez les détailler ci-dessous.

---

---

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne de soutien/l'aidant(e)  
du Programme CHAP

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin