

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX FINS DE PLAINTE – MANDATAIRE SPÉCIAL OU SPÉCIALE

REMARQUE : Si vous avez écrit à l'ORMR en qualité de mandataire spécial ou spéciale d'un résident ou d'une résidente qui n'a pas la capacité de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses renseignements personnels sur la santé, veuillez remplir le présent formulaire. Votre consentement est requis pour que nous puissions traiter la plainte en question, puisque votre nom sera divulgué lorsque l'ORMR avisera l'établissement de la plainte, et nous avons besoin de recueillir, d'utiliser, voire de divulguer des renseignements concernant le résident ou la résidente obtenus durant ce processus. Si vous ne remplissez pas le présent formulaire de consentement, l'ORMR pourra demander des renseignements, réaliser des inspections ou mener des enquêtes sur les faits en question et sera en droit de divulguer certains renseignements dans la mesure autorisée par la loi, mais le processus de traitement des plaintes de l'ORMR ne pourra pas suivre son cours et aucun renseignement ne pourra vous être communiqué.

Je soussigné/soussignée, [NOM DU PLAIGNANT OU DE LA PLAIGNANTE]:

_____, accepte ce qui suit :

- J'ai conscience qu'aux termes de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, l'ORMR est susceptible de recueillir des renseignements se rapportant à la plainte que j'ai déposée, y compris des renseignements personnels sur la santé (dossiers médicaux, fiches des médicaments administrés, etc.) de [NOM DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE]:

_____ auprès de la maison de retraite faisant l'objet de la plainte, des professionnels de la santé, des hôpitaux ou d'autres personnes pouvant détenir des renseignements utiles, et de les utiliser pour les besoins de la procédure d'examen, de l'enquête et du traitement de ladite plainte. L'ORMR est susceptible de communiquer et de fournir les renseignements et les documents recueillis dans le cadre de son processus de traitement des plaintes, y compris les renseignements personnels sur la santé de [NOM DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE]: _____, à la maison de retraite faisant l'objet de la plainte, et dans certains cas, à d'autres organismes de réglementation et d'application de la loi compétents (par exemple à la police, à l'Ordre des

infirmières et infirmiers de l'Ontario ou au Bureau du coroner en chef). Les renseignements recueillis par l'ORMR au cours du processus de traitement de cette plainte seront utilisés et conservés conformément au [Code de l'ORMR sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée](#).

- Je suis le mandataire spécial ou la mandataire spéciale de [*NOM DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE*]: _____ et j'ai joint une copie des documents juridiques qui le prouvent. J'atteste que [*NOM DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE*]: _____ n'a pas la capacité de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels sur la santé.
- Je m'engage à avertir immédiatement l'ORMR si [*NOM DU RÉSIDENT OU DE LA RÉSIDENTE*]: _____ devient capable de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses renseignements personnels sur la santé, afin que son consentement lui soit directement demandé par l'ORMR.

Date de signature

Signature du plaignant ou de la plaignante

Les formulaires dûment remplis peuvent être envoyés par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées suivantes :

Office de réglementation des maisons de retraite (« ORMR »)
À l'attention de : Réception des plaintes
55, rue York, Bureau 700
Toronto (Ontario) M5J 1R7
Télécopie : 1 855 631-0170
Courriel : info@rhra.ca