



Votre confiance est essentielle pour nous. Ce formulaire nous permet d'obtenir votre consentement afin d'offrir des services sécuritaires, adaptés et respectueux des besoins de votre proche. Vos renseignements seront traités en toute confidentialité, conformément à la Loi 25 et aux autres lois applicables au Québec.

“ Vous prenez soin des autres.
Nous sommes là pour
prendre soin de vous. ”

1 INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE

Nom complet : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Personne(s) de référence : _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____

2 CONSENTEMENTS ET AUTORISATIONS

En signant ce formulaire, j'autorise UniRépit et ses représentants à effectuer ce qui suit dans le cadre des services offerts à mon proche :

	Prestation de services J'autorise UniRépit à fournir les services d'accompagnement de répit à domicile conformément au plan d'accompagnement établi.	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse
	Communication J'autorise UniRépit à communiquer avec les personnes impliquées dans le suivi et la coordination des services.	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse
	Information pertinente J'autorise UniRépit à recueillir, utiliser et partager les renseignements nécessaires à la prestation sécuritaire et adaptée des services (ex. : informations médicales, manières de réagir, consignes particulières).	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse
	Partenaires et sous-traitants J'autorise UniRépit à partager les renseignements nécessaires avec des partenaires ou sous-traitants (ex. : plateforme de paiement, assurances, services professionnels) aux fins de rendre les services.	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse
	Photos et témoignages (facultatif) J'autorise UniRépit à prendre des photos ou utiliser des témoignages à des fins promotionnelles (site web, réseaux sociaux, matériel imprimé).	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse
	Situations d'urgence J'autorise UniRépit à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour assurer la sécurité et le bien-être de mon proche.	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> Je refuse

3 DURÉE DU CONSENTEMENT

Ce consentement demeure valide tant que votre proche reçoit des services d'UniRépit, ou jusqu'à ce que vous le modifiez ou le retirez par écrit.

4 RETRAIT OU MODIFICATION

Vous pouvez retirer ou modifier votre consentement en tout temps en communiquant avec nous. Ce retrait ou cette modification n'affectera pas les actions déjà entreprises avant sa réception.

5 RECONNAISSANCE

Je confirme avoir lu et compris ce formulaire, et j'accepte les conditions énoncées ci-dessus.

Nom du signataire : _____ Lien avec la personne accompagnée : _____
 Date : _____

SIGNATURES

Représentant(e) UniRépit : _____ Parent / Tuteur / Représentant : _____
 Date : _____ Date : _____