

Demande de vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à l'usage d'employeurs et d'autres personnes

Demande d'accès au registre des mauvais traitements infligés aux adultes présentée en vertu du paragraphe 41(4) de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*

Partie 2 – Renseignements et résultats

SECTION A – Accès accordé aux EMPLOYEURS ET À D'AUTRES PERSONNES (à remplir par l'employeur ou l'autre personne)

A-1 Étiquette d'adresse du demandeur. Veuillez écrire tous les renseignements lisiblement en lettres moulées.

Administrative Assistant – HR
Southern Health – Sante Sud
180 Centenaire Drive
Southport MB R0H 1N1

Personne-ressource	N° de téléphone	Organisme
--------------------	-----------------	-----------

A-2 **Objet de la vérification du registre :** (Veuillez cocher au moins une des options suivantes)

La personne visée par cette vérification est évaluée relativement à :

- un travail, rémunéré ou non, qui comprend ou qui peut comprendre le soin d'un adulte visé, ou la prestation de services de soutien ou d'une autre forme d'assistance à un adulte visé en vertu de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*.
- un travail, rémunéré ou non, qui permet ou qui peut permettre le contact avec un adulte visé en vertu de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*.

A-3 Poste : Employé rémunéré Bénévole Étudiant en formation Demandeur de lettre d'agrément d'un foyer nourricier Autre

Décrivez le poste brièvement : _____

A-4 **Autorisation du demandeur :** **CODE D'ACCÈS :** *A119-14*

Signature de l'employé du demandeur qui a vérifié les pièces d'identité de la personne visée

Signature du demandeur (directeur général ou superviseur)

REMARQUE : Des droits **non remboursables** de 20 \$ sont exigés pour chaque demande. Veuillez consulter la partie 3 pour obtenir des précisions sur le paiement des droits.

SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE VISÉE (à remplir par la personne faisant l'objet de la vérification) (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES)

B-1 Nom _____
Nom de famille
Prénom
Deuxième prénom

Anciens et autres noms :

a) Nom de jeune fille : _____ b) Ancien nom légal si changé : _____

c) Pseudonymes : _____ d) Autres noms connus : _____

B-2 Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

B-3 Homme Femme

B-4 Adresse actuelle : _____

Ville : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : (_____) _____

B-5 Adresses des cinq dernières années :

B-6 **PIÈCES D'IDENTITÉ :** J'ai choisi et présenté **deux** pièces d'identité qui ont été vérifiées par le demandeur cité à la section A-4 :

N° d'assurance sociale _____ N° d'immatriculation de Santé Manitoba (six chiffres) _____

N° de bande et de statut _____ N° de permis de conduire _____

N° de passeport ou de certificat de naissance _____ Autre (veuillez préciser) _____

B-7 J'autorise par la présente le registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à faire une recherche dans le registre afin de déterminer si mon nom y figure. Je consens à la divulgation par écrit de ces renseignements au demandeur cité à la section A-1 aux fins indiquées à la section A-2 et à la partie 1.

Date : _____ SIGNATURE DE LA PERSONNE VISÉE : _____

SECTION C – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DANS LE REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES (à remplir par le registraire) À usage interne seulement

La présente certifie qu'à la date indiquée ci-dessous, la personne visée :

NE FIGURE PAS dans le registre des mauvais traitements infligés aux adultes

DATE : _____

FIGURE dans le registre des mauvais traitements infligés aux adultes

Registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes ou représentant désigné

Remarque : Le nom d'un jeune contrevenant (moins de 18 ans) pourrait ne pas figurer dans le registre des mauvais traitements infligés aux adultes en raison des dispositions de non-communication de la *Loi sur les jeunes contrevenants* ou de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Le demandeur ne peut utiliser ou communiquer les renseignements personnels (médicaux) fournis par la personne visée sauf aux fins énoncées aux parties 1 et 2.

Demande de vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à l'usage d'employeurs et d'autres personnes

Demande d'accès au registre des mauvais traitements infligés aux adultes présentée en vertu du paragraphe 41(4) de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*

Partie 1 : Consentement à la collecte et à la communication des renseignements et des résultats

Je comprends que le demandeur obtient les renseignements personnels me concernant décrits à la section B de la partie 2 (notamment mon numéro d'identification personnelle de Santé Manitoba, si nécessaire à des fins d'identification) afin de les communiquer au registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes pour que le registraire puisse effectuer une vérification du registre à mon sujet. Je comprends que le registraire se servira aussi de ces renseignements afin de mettre à jour le registre des mauvais traitements infligés aux adultes. Je comprends que mes renseignements personnels sont recueillis en vertu des alinéas 36(1)a) et 36(1)b) et du paragraphe 37(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et du paragraphe 41(4) de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes* et que les renseignements médicaux personnels me concernant, **le cas échéant**, sont recueillis en vertu des paragraphes 13(1) et 14(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

Je comprends que les résultats de la vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes indiqueront si mon nom figure au registre, et que le registraire communiquera ces résultats au demandeur.

Je comprends que la divulgation des résultats de la vérification au demandeur est autorisée en vertu du paragraphe 41(4) de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes* et que ces résultats sont les renseignements minimums nécessaires afin de réaliser les objectifs indiqués à la section A-2 de la partie 2.

Je comprends que le demandeur a besoin des résultats de la vérification du registre pour les fins mentionnées à la section A-2 de la partie 2. Ces renseignements seront fournis aux employés et aux mandataires du demandeur uniquement si nécessaire.

Je comprends que le demandeur utilisera les renseignements uniquement pour les fins indiquées ci-dessus, à moins qu'un autre usage ne soit autorisé ou exigé par la loi.

Je comprends que le demandeur ne divulguera pas les résultats de la vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes sans mon consentement écrit, sauf si la loi l'autorise ou l'oblige à le faire.

Je comprends que le registraire ne divulguera aucun autre renseignement sans mon consentement écrit, sauf si la loi l'autorise ou l'oblige à le faire.

Je comprends que je peux annuler, par écrit, mon consentement à la collecte et à la communication des renseignements et des résultats à tout moment avant que les renseignements ne soient divulgués en vertu de ce consentement.

Je reconnais qu'une photocopie de ce consentement signé est suffisante pour que les renseignements demandés soient communiqués.

Le consentement ci-dessous se limite à la présente demande et entre en vigueur à la date à laquelle il est signé. Il prendra fin six mois après sa date d'entrée en vigueur.

Par la présente, je consens à ce que le demandeur recueille les renseignements demandés à la section B de la partie 2, à ce que ces renseignements soient divulgués au registraire et à ce que le registraire divulgue au demandeur les résultats de la vérification indiqués à la section C de la partie 2.

DATE : _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE VISÉE : _____

Veillez noter que vous avez le droit de consulter tout renseignement médical personnel vous concernant tenu par le registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes, d'obtenir une copie de ces renseignements, et d'autoriser une tierce personne à les consulter et à en obtenir une copie. Si vous avez des questions au sujet de la collecte ou de la communication de vos renseignements personnels, ou que vous désirez consulter vos renseignements médicaux personnels, ou en obtenir une copie, vous pouvez communiquer avec :

***Le registraire chargé du registre des mauvais traitements infligés aux adultes
Section du registre des mauvais traitements infligés aux adultes
777, avenue Portage, 2^e étage, Winnipeg (Manitoba) R3G 0N3
204 945-6967***

Demande de vérification du registre des mauvais traitements infligés aux adultes à l'usage d'employeurs et d'autres personnes

Demande d'accès au registre des mauvais traitements infligés aux adultes présentée en vertu du paragraphe 41(4) de la *Loi sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*

Partie 3 : Paiement des droits

Nom du demandeur _____ Nom de la personne visée _____

Exemption de droits

En fonction de l'objectif de la vérification, il pourrait ne pas y avoir de droits à payer. Veuillez consulter le paragraphe 16(2) du *Règlement sur le registre des mauvais traitements infligés aux adultes*.

Toutes les exemptions de droits font l'objet d'une vérification par la Section du registre des mauvais traitements infligés aux adultes.

Exempté – aucun paiement joint

Méthode de paiement (Veuillez cocher ✓ une case seulement et écrire tous les renseignements lisiblement en lettres moulées)

VISA Numéro de carte _____ Date d'expiration _____
 Nom tel qu'il apparaît sur la carte _____
 Montant : _____ (en dollars canadiens)
 Autorisation : _____
Signature du titulaire de la carte

MASTERCARD Numéro de carte _____ Date d'expiration _____
 Nom tel qu'il apparaît sur la carte _____
 Montant : _____ (en dollars canadiens)
 Autorisation : _____
Signature du titulaire de la carte

CHÈQUE fait à l'ordre du ministre des Finances

Remarque : Les chèques postdatés ne seront pas acceptés. **Des frais de 20 \$ seront facturés pour tout chèque retourné.**

MANDAT (fait à l'ordre du ministre des Finances)

ARGENT COMPTANT (Remarque : Il n'est pas recommandé d'envoyer de l'argent comptant par la poste.)

Un reçu ne sera fourni que si vous l'exigez au moment de présenter votre demande.

Cochez ✓ si un reçu est exigé.

Les trois parties de la demande doivent être envoyées au bureau du registre des mauvais traitements infligés aux adultes pour qu'une vérification soit effectuée.

À L'USAGE DU BUREAU DU REGISTRE DES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ADULTES SEULEMENT	
Demande reçue	Date
<input type="checkbox"/> SUR PLACE	_____
<input type="checkbox"/> COURRIER	_____
<input type="checkbox"/> SERVICE DE MESSAGERIE	_____
<input type="checkbox"/> TÉLÉCOPIEUR	_____
<input type="checkbox"/> N ^{bre} de demandes multiples _____	