

Section 1 Consentement

En acceptant de signer la section 1 du présent formulaire, vous autorisez un processus d'intervention concerté entre les intervenants des organisations identifiées au présent formulaire pour lutter contre la maltraitance dont vous seriez victime. Vous autorisez également que ces intervenants échangent les renseignements personnels suivants vous concernant :

- nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone ;
- sexe, âge ;
- évènements liés à la maltraitance.

Vous autorisez que ces renseignements soient versés dans une plateforme Web sécurisée maintenue par la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, afin qu'ils soient accessibles aux intervenants participant au processus d'intervention concerté ;

Je, soussigné(e), _____ accepte :

- que des intervenants des organisations mentionnés ci-dessous (les « Organisations ») puissent travailler en collaboration afin de tenter de résoudre la situation de maltraitance présumée qui me concerne :

Le ou les établissements du réseau de la santé et des services sociaux suivants :

Le ou les centres de santé et de services sociaux des communautés autochtones suivants :

La Sûreté du Québec

Le ou les corps de police municipaux suivants :

Le ou les corps de police autochtones suivants :

Le Directeur des poursuites criminelles et pénales

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Le Curateur public du Québec

L'Autorité des marchés financiers

Le ou les partenaires suivants pourraient être interpellés :

- que mes renseignements personnels soient partagés, utilisés et discutés entre les intervenants des organisations qui seront associées au traitement de la situation de maltraitance qui me concerne;
- que les renseignements non personnels me concernant puissent être partagés avec la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants afin de lui permettre de faire un bilan annuel des cas de maltraitance répertoriés. Ce bilan contiendra uniquement des renseignements non nominatifs, ce qui permettra de préserver mon anonymat;
- que mes renseignements personnels soient conservés pendant une période de deux (2) ans après la fermeture du dossier et qu'ils soient détruits à l'échéance de cette période.

Je confirme :

- avoir lu ou pris connaissance du dépliant intitulé « Information concernant le processus d'intervention concerté pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées », qui explique ce qu'est un processus d'intervention concerté, et avoir reçu toutes les informations et explications me permettant de bien comprendre ce qu'est un processus d'intervention concerté;
- avoir eu l'occasion de poser toutes questions que je pourrais avoir au sujet de mon consentement et avoir obtenu des réponses satisfaisantes;
- avoir disposé du temps nécessaire à la prise d'une décision éclairée;
- être tout à fait libre de donner mon consentement éclairé sans qu'aucune pression n'ait été exercée sur ma personne.

Je conserve le droit de retirer mon consentement en tout temps auprès d'un intervenant précédemment cité, et ce, tant verbalement que par écrit, notamment en remplissant et en signant la section 2 du présent formulaire.

Je signe en comprenant en quoi consiste le processus d'intervention concerté et en donnant un consentement libre et éclairé :

Signature de la personne	Date (année/mois/jour)

En cas d'inaptitude, signature de son représentant légal	Titre de la personne autorisée (mandataire, tuteur, curateur)	Date (année/mois/jour)

Témoin à la signature	Fonction	Date (année/mois/jour)

Section 2 Retrait du consentement

Je, soussigné(e), _____ **souhaite retirer mon consentement** au processus d'intervention concerté sur la maltraitance présumée me concernant et à ce que mes renseignements personnels et confidentiels soient partagés, utilisés et discutés entre les intervenants concernés.

Signature de la personne	Date (année/mois/jour)

En cas d'inaptitude, signature de son représentant légal	Titre de la personne autorisée (mandataire, tuteur, curateur)	Date (année/mois/jour)

Témoin à la signature	Fonction	Date (année/mois/jour)