



Renonciation relative au Programme d'affirmation du genre



Nom du bénéficiaire visé :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :
Nom de la personne qui présente la demande ou de la personne qui la représente (s'il y a lieu) :	Lien avec le bénéficiaire visé :

Collecte de renseignements personnels

Tous les renseignements personnels recueillis sont destinés à l'évaluation de l'admissibilité et à l'accès au Programme d'affirmation du genre. Les renseignements personnels seront utilisés par le Programme d'affirmation du genre, Diversité Cornwall, Centraide de S.D. et G., les personnes autorisées à représenter ces organismes, ou tel qu'autrement requis par la loi, dans le but d'offrir des services. Afin de vérifier, de clarifier et de compléter les renseignements requis pour cette demande, le Programme d'affirmation du genre peut communiquer avec la personne signataire et partager des renseignements avec elle.

Pour toute question concernant l'utilisation et la collecte de renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Programme d'affirmation du genre à l'adresse suivante :

gap.diversitycornwall@gmail.com

Déclaration de renonciation

Je reconnais et je consens à l'utilisation, à la divulgation et à la collecte de tout renseignement personnel fourni dans le cadre de ma demande dans le but d'accéder au Programme d'affirmation du genre et de recevoir des services en vertu de ce même Programme.

Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis pour la présente demande sont, autant que je sache, véridiques.

Sauf lorsque la loi l'exige autrement, je consens à ce que les renseignements personnels décrits ci-dessus soient divulgués dans le but d'administrer le programme.

Je déclare que je n'ai pas reçu et que je ne recevrai pas d'aide financière ou de soutien supplémentaire pour les mêmes services que ceux demandés dans le cadre du Programme d'affirmation du genre de la part de ressources publiques ou privées telles que le programme Ontario au travail, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, un régime d'avantages sociaux ou d'aide aux employés, un régime d'assurance privé ou tout autre service financé par les fonds publics.

Tout service auquel j'ai l'intention d'accéder en dehors du Programme d'affirmation du genre relève de mon propre choix et je déclare ne pas tenir le Programme d'affirmation du genre responsable de la qualité des services que je reçois.

Je reconnais que si je choisis de correspondre par courriel avec le programme et/ou que je consens à ce que le programme partage mes renseignements personnels par courriel, il n'y a aucune garantie de confidentialité totale de tous les renseignements partagés. Je comprends qu'en utilisant cette méthode de correspondance, il est possible que des tiers aient accès à mon courrier électronique sur Internet. J'accepte tout risque lié à l'utilisation du courrier électronique comme méthode de communication et de partage d'informations si j'y consens.

Si je suis approuvé(e) en vertu du Programme d'affirmation du genre, j'accepte de suivre toutes les procédures ou conditions qui me sont imposées.

Nom complet de la personne qui fait demande : _____

Signature de la personne qui fait demande : _____ Date : _____